DE LA

N° 17

TUBERCULOSE INTESTINALE

A FORME HYPERTROPHIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 décembre 1898

PAR

Joseph ITIÉ

Né à Florensac (Hérault), le 23 juin 1872

AIDE D'ANATOMIE (CONCOURS 1893)
INTERNE DES HÔPITAUX DE MONTPELLIER (CONCOURS 1895)
PROSECTEUR A LA FACULTÉ (CONCOURS 1896)
LAURÉAT DES HÔPITAUX (1898)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

MONTPELLIER

G. FIRMIN ET MONTANE, IMPRIMEURS DE L'UNIVERSITÉ

Ancien Hôtel de la Faculté des Sciences

1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . Doyen
HAMELIN (✻) . . . . . Assesseur

Professeurs

Hygiène	MM.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale		GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.		GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✻).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		N...
Id.	Bosc (Ch. du c.)	

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).
Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻)

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM.	VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		De ROUVILLE, agr.
Pathologie générale		RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. de ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TEDENAT, *président.*	MM. de ROUVILLE, *agrégé.*
GRYNFELTT, *professeur.*	VALLOIS, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

Arrivé au terme de mes études médicales, j'adresse un témoignage de reconnaissance à tous ceux de mes Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux qui m'ont dirigé et soutenu pendant toute la durée de ces études.

M. le professeur Tédenat m'a donné l'idée de ce travail et a bien voulu accepter la présidence de ma thèse. A ce double titre, je le prie d'agréer mes plus respectueux remerciements ; mais je lui dois plus encore, et je n'oublierai jamais que je lui suis redevable d'une grande partie de mon instruction chirurgicale.

J'ai été l'élève ou l'interne de MM. les professeurs Granel, Carrieu, Grasset, Forgue, Grynfeltt, Hamelin, Estor, de MM. les professeurs-agrégés Brousse, Puech et de Rouville, de M. le médecin principal Bablon. A tous j'adresse l'hommage de ma respectueuse gratitude pour la sympathie qu'ils m'ont toujours témoignée.

Je prie M. le professeur Paulet, dont j'ai été l'aide d'anatomie, ainsi que M. le professeur Gilis et M. le professeur-agrégé Mouret, dont j'ai été le prosecteur, d'agréer l'assurance de ma profonde gratitude.

A M. le professeur-agrégé Rauzier, qui a bien voulu diriger ma préparation au concours d'internat, et à M. le professeur-agrégé Lapeyre, qui m'a donné à maintes reprises des marques d'amitié, j'adresse l'assurance de mon inaltérable reconnaissance.

DE

LA TUBERCULOSE INTESTINALE

A FORME HYPERTROPHIQUE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION — HISTORIQUE

Jusqu'à ces dernières années, le terme de tuberculose intestinale évoquait l'idée d'un semis de granulations miliaires et de lésions ulcéreuses apparaissant le plus souvent chez des phtisiques avérés et marquant dans bien des cas le terme de la tuberculose pulmonaire.

On connaissait bien ces sortes d'ulcérations, dont les unes, longitudinales, occupaient les plaques de Peyer, et dont les autres, annulaires, cerclaient, parfois complètement, la lumière intestinale.

A côté de la forme générale diffuse, où les lésions se disséminent sur toute la hauteur, on décrivait une forme localisée à la région iléo-cæcale : c'était la typhlite tuberculeuse. Elle avait été signalée en 1844 par Blache, puis décrite par Lendet, Duguet, Lasègue, etc.

Un début insidieux, une diarrhée rebelle sans phénomènes douloureux, intenses, tels étaient les grands signes auxquels on reconnaissait l'état tuberculeux de l'intestin. Contre eux, une thérapeutique médicale était seule de mise.

Et c'est bien toujours là le type anatomique et clinique de la bacillose intestinale commune. Mais des recherches, pour ainsi dire toutes récentes, ont démontré l'existence d'une autre variété de lésions que le bacille de Koch peut faire sur l'intestin.

Au lieu d'une paroi labourée d'ulcérations, amincie jusqu'à être perforée, on trouve une paroi considérablement augmentée d'épaisseur, bourgeonnante parfois, et dans laquelle se mélangent, en proportions fort inégales, l'élément tuberculeux et l'élément inflammatoire simple. A l'inverse des lésions ulcéreuses communes, qui se disséminent sur une très grande étendue, les lésions épaississantes se limitent davantage. Elles n'apparaissent pas comme le terme ultime de l'infection tuberculeuse : elles sont le plus souvent primitives, et, à ce titre, se comportent comme de vraies tuberculoses locales. D'où le succès du traitement chirurgical.

C'est de cette forme épaississante ou hypertrophique de la tuberculose intestinale que nous voulons nous occuper dans ce travail. Elle n'a pas encore une bien longue histoire. En France, ce n'est guère qu'à la suite du mémoire présenté par Pilliet et Hartmann à la Société anatomique, en 1891, sous le titre : « Variété de typhlite tuberculeuse simulant les cancers de la région » qu'elle a commencé à être bien connue.

Avant ce mémoire, on connaissait certainement des faits de cet ordre. Cornil et Ranvier (1) écrivent, en effet, dans leur *Traité d'histologie pathologique :* « Quelquefois l'infiltration

(1) Cornil et Ranvier.—*Histologie pathologique*, 2e édit., t. II, p. 351.

inflammatoire et tuberculeuse de la muqueuse produit un épaississement assez considérable pour déterminer un rétrécissement de l'intestin ».

D'autre part, en Allemagne, les chirurgiens rapportaient des cas d'interventions sur la région iléo-cæcale pour des tumeurs simulant le cancer, et qui, à l'examen microscopique, étaient reconnues de pures tuberculoses. Hacker (1), en 1888, Suchier (2), en 1889, Gussenbauer (3), en 1890, avaient publié ou fait publier des faits de ce genre. Czerny (4), dès 1886, avait déjà observé deux tuberculoses massives iléo-cæcales qu'il avait opérées ; mais la publication de ces faits n'a eu lieu qu'en 1890.

C'est surtout depuis 1892, que les travaux sur la question se sont multipliés. En Allemagne, après Czerny, Billroth fait publier une statistique déjà grosse d'observations, puis, à leur tour, Obalinski, Durante, Frank, etc. En France, Pilliet et Hartmann viennent apporter quelques nouveaux cas, auxquels s'ajoutent bientôt ceux de Bouilly, Richelot, Terrier, Broca, etc. En 1893, la thèse de Benoît réunit la plupart des faits connus et offre une bonne étude d'ensemble de la question.

L'existence d'une forme spéciale de tuberculose de la région iléo-cæcale venait donc ainsi d'être démontrée par une série de résections intestinales entreprises, la plupart, à la suite d'un diagnostic de tumeur maligne. Les résultats inespérés que la résection avait donnés dans ces cas, résultats non seulement immédiats, mais encore à longue échéance, avaient donné la preuve de l'efficacité du traitement chirurgical. Du même coup étaient ainsi connus et la nature du mal et son remède.

---

(1) Hacker. — *Wiener klin Wochenschr*, 1888, cité d'après Hofmeister.

(2) Suchier. — *Berlin klin. Vochens*, 1889.

(3) Gussenbauer, d'après Fink, *Prag. med. Vochens.*, 1890.

(4) Czerny. — *Bertrage für clin. chir.*, 1890.

Aussi, à dater de ce moment, le nombre des interventions chirurgicales s'est-il considérablement accru. La raison en est simple. Il suffisait d'être prévenu de l'existence de cette nouvelle modalité tuberculeuse pour la rechercher le cas échéant. Le diagnostic une fois fait, l'opération était jugée légitime et ne comportait pas les mêmes hésitations qu'en présence d'un cancer.

Benoît, en 1893, avait pu réunir 24 cas de résections iléo-cæcales. Sur ces 24, 21 seulement ont trait à la forme hypertrophique, les 3 autres à des lésions ulcéreuses. Depuis cette date jusqu'à aujourd'hui, nous avons trouvé 41 nouveaux cas de tuberculose hypertrophique iléo-cæcale traités chirurgicalement.

La question toutefois mérite d'être envisagée de plus haut. Il ne faudrait pas considérer cette forme particulière de tuberculose comme réservée exclusivement au cæcum et à la terminaison de l'intestin grêle. Incontestablement, c'est là son siège d'élection ; c'est là aussi, il est vrai, qu'elle revêt sa forme la plus parfaite. Comme pour la tuberculose ulcéreuse banale, cette région est la partie de l'intestin qui se prête le plus volontiers au développement de la tuberculose hypertrophique. Mais celle-ci doit être regardée comme un processus général pouvant frapper n'importe quelle portion intestinale, aussi bien l'intestin grêle que le gros intestin. Quelques observations, peu nombreuses encore, permettent de le démontrer.

König (1), en 1892, publiait 3 cas de sténose tuberculeuse de l'intestin grêle que l'on doit faire rentrer dans la variété que nous décrivons. Un autre cas de Kocher avait été publié par Sachs (2), en 1891, et tout récemment une nouvelle observation a été donnée par Wite (3).

---

(1) König. — *Deutsche Zeistch. für Chir.*, 1892, vol. 34.

(2) Sachs. — *Deutsche Zeistch. für Chir.*, 1891, vol. 32, p. 140.

(3) Wite. — Th. de Greiswald, 1897.

Dans ces divers cas, c'est bien de la forme hypertrophique qu'il s'agit. La sténose n'était pas produite par un processus cicatriciel de guérison d'une ulcération ; elle était due à un épaississement des tuniques intestinales encore en proie à l'évolution tuberculeuse. Ce n'est pas une sténose de tuberculose éteinte, mais bien de tuberculose active. Il est donc absolument légitime de faire rentrer ces faits dans le groupe de ceux qui simulent le cancer de la région iléo-cæcale.

Il en est de même pour le rectum. Ici, la question est encore plus jeune, puisqu'il faut arriver au mémoire de Sourdille, publié dans les *Archives générales de médecine,* en 1895, pour voir des faits de cet ordre rapportés et classés dans la même catégorie que ceux de la région iléo-cæcale.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A) Aspect macroscopique des lésions. — Dans cette description, je vais examiner l'aspect des lésions successivement sur la région iléo-cæcale et les côlons, puis sur l'intestin grêle et enfin sur le rectum. Il peut paraître étrange au premier abord de commencer cette étude par le cæcum, puis de revenir sur l'intestin grêle. Mais les lésions du cæcum étant, comme je viens de le dire, et les plus fréquentes, et les plus parfaites, il est indispensable de les prendre en quelque sorte comme type et d'en rapprocher les autres. C'est dans ce but que je le fais.

1° *Région iléo-cæcale et côlons.* — Richelot (1) a publié deux observations où la tumeur occupait seulement une petite étendue de la paroi intestinale. Une fois, cette tumeur était placée sur la face postérieure du cæcum et avait les dimensions d'une pièce de 2 francs ; une autre fois elle occupait l'angle iléo-cæcal et était formée de deux noyaux, l'un sur l'iléon, l'autre sur le cæcum. Les faits de cet ordre sont rares ; la règle est de voir des tuberculoses massives occupant toute l'étendue de la paroi.

---

(1) Richelot. — *Soc. de chirurgie,* 1892.

Pilliet et Hartmann l'ont nettement caractérisée en quelques lignes : « Bien loin de déterminer, disent-ils, comme les autres variétés d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin, un amincissement des tuniques à leur niveau, cette forme toute spéciale est caractérisée par un épaississement des tuniques très marqué, d'autant plus qu'il se dépose autour du cæcum une masse scléro-adipeuse épaisse et résistante qui évoque l'idée d'un néoplasme. »

C'est cette masse scléro-adipeuse qui frappe au premier abord, lorsqu'on examine une pièce provenant, soit d'une autopsie, soit d'une intervention chirurgicale. Elle est d'ordinaire extrêmement épaisse, dure, à limites le plus souvent indécises, d'autres fois nettement tranchées sous forme d'un bourrelet (Marie) (1). S'il est possible, dans quelques cas, d'arriver à séparer cette masse du boudin intestinal qu'elle engaine, la plupart du temps, les adhérences sont tellement intimes qu'il faut y renoncer. Particulièrement au voisinage de la valvule, la décortication est pénible ; il y a comme une fusion des tuniques intestinales avec leur atmosphère scléro-adipeuse.

Formée, en grande partie, de tissu de sclérose infiltré d'une quantité considérable de graisse, cette masse est encore grossie par la présence de nombreux ganglions lymphatiques, dont les uns sont simplement hypertrophiés et dont les autres sont déjà arrivés à la caséification.

Cette atmosphère péri-cæcale diffuse parfois assez loin. C'est ainsi qu'on peut la voir se prolonger sous forme d'une chaîne ganglionnaire le long de la colonne vertébrale, jusqu'au voisinage du pancréas (Pilliet).

La présence de cette masse n'a rien qui doive surprendre. Sans parler des ganglions qui sont, pour ainsi dire, le corol-

---

(1) Marie.— *Soc. anat.*, juin 1894.

laire obligé des lésions tuberculeuses, l'écorce scléro-adipeuse proprement dite, développée autour d'un intestin chroniquement enflammé, rappelle celle que l'on trouve autour des autres organes abdominaux malades ; je citerai, comme exemple, la périnéphrite scléro-lipomateuse et la péricystite.

Des adhérences unissent, le plus souvent, la tumeur aux parties voisines, adhérences récentes ou anciennes, tendres ou résistantes, pouvant apporter des obstacles considérables à sa libération. Rarement elles existent avec la paroi abdominale antérieure, sauf dans le cas d'abcès ouvert au dehors. C'est plutôt avec la face postérieure de l'abdomen qu'elles s'établissent. Elles fusionnent, parfois complètement, le gros intestin avec les anses grêles voisines ; elles l'attachent à l'épiploon (Routier, Tédenat) ou bien, comme dans un cas de Czerny, elles vont saisir l'uretère et le perdre au milieu de leur masse. Dans des cas extrêmes, enfin, elles sont telles qu'elles ne permettent plus de reconnaître le gros intestin. Mais ces derniers faits sont absolument exceptionnels.

Le plus souvent, la tumeur est nettement visible et bien limitée. Indépendamment de la région iléo-cæcale ou du côlon ascendant, elle peut siéger, quoique plus rarement, sur le côlon transverse (Kœnig (1), Eiselsberg (2), Esmarch (3). Il peut arriver enfin, que toute l'étendue du gros intestin jusqu'à l'S iliaque, soit envahie par cette masse de tuberculose infiltrante (Pilliet et Thiéry) (4).

Au-dessous des adhérences et de la masse scléro-adipeuse,

---

(1) Kœnig. — *Deutsch. für Chir.*, 1892.

(2) Eiselsberg.— Cité d'après Hofmeister., *Beiträge für Clin. Chir.*, 1896, vol. 17.

(3) Esmarch.— *Mockenhaupt.* Th. de Kell, 1894. Cité d'après Conrath. *Beiträge*, 1898.

(4) Pilliet et Thiéry.— *Progrès médical,* 1894.

apparaissent les parois de l'intestin hypertrophiées. La coupe, faite suivant le grand axe de la tumeur, montre l'épaississement qui peut atteindre, comme dans un des cas de M. le professeur Tédenat, jusqu'à 5 centimètres ; cet épaississement, du reste, n'est pas uniforme. Il varie, suivant les points de section.

La tranche de coupe a des aspects très variables : tantôt elle est dure, lardacée, calleuse, tantôt elle présente, de loin en loin, des points caséifiés qui sont des tubercules.

L'intestin une fois ouvert, la muqueuse se présente avec des caractères extrêmement importants. Des saillies, des ulcérations et en quelques points des tubercules blanchâtres, telles sont les particularités les plus intéressantes que nous offre la muqueuse atteinte de tuberculose hypertrophique.

Les saillies sont très différentes suivant les cas ; ce sont comme de petites villosités poussées là en grand nombre se présentant sous l'aspect de petits polypes nettement pédiculés ; ou bien encore, au lieu de ces petites masses et souvent, à côté d'elles, il y a de gros noyaux sessiles ou de vraies tumeurs polypeuses pouvant atteindre les dimensions d'une noisette (Pilliet et Thiéry).

Au milieu de ces bourgeons, des points blancs opaques bien nets se montrent çà et là, foyers caséeux de 2 ou 3 mm. de diamètre, ordinairement compris dans le derme de la muqueuse. Ces points blancs, bien que visibles, sont, d'ordinaire, séparés de la lumière intestinale par la couche des glandes ; ils peuvent aussi communiquer avec elle par un petit cratère. Ces masses caséeuses, dont la présence permet d'affirmer la nature du mal, manquent dans bien des cas. Leur absence toutefois ne doit pas faire rejeter l'idée de tuberculose.

Un deuxième caractère de la muqueuse est *d'être creusée d'ulcérations*, signe de première importance et qui ne manque pour ainsi dire jamais. De prime abord, du reste, n'aperce-

vrait-on pas ces ulcérations qu'il ne faudrait pas en conclure à leur absence. Elles peuvent, en effet, être « cachées par le bourgeonnement des plis muqueux rigides, dont la surface est très villeuse et qui sont fortement injectés de sang au point de présenter une couleur lie de vin ». (Pilliet, (1). Réduites parfois à de simples crevasses, elles atteignent plus souvent des dimensions un peu plus grandes, revêtant des formes diverses et, parmi elles, assez fréquemment la forme annulaire.

On peut voir de ces ulcérations qui atteignent des dimensions considérables. Alors elles présentent un aspect assez curieux dont Pilliet a donné une bonne description dans un cas : « Elle isole par places un petit fragment de muqueuse et le découpe en une série de languettes papillaires qui restent groupées en bouquet et présente un aspect spécial comparable à celui de certaines tuberculoses chroniques du larynx. Toute l'ulcération cæcale, qui est fort étendue, est hérissée de languettes semblables, petites saillies rigides, couchées en différents sens, dont on ne peut retrouver le point de départ. Elles sont groupées par familles et tellement abondantes qu'elles masquent l'ulcération ». (Pilliet.)

Comme conséquence de l'hypertrophie des parois et du bourgeonnement de la muqueuse, la lumière intestinale s'obture. Le rétrécissement est constitué. *Il n'est pas question, ici, et nous insistons volontiers sur ce point, de rétrécissement par cicatrisation d'ulcérations tuberculeuses, puisque les ulcérations sont en pleine évolution. Mais c'est un vrai rétrécissement néoplasique par épaississement des tuniques de l'intestin.*

Ce rétrécissement peut occuper toute l'étendue de l'anse

---

(1) Pilliet. — *Société anatomique*, 1891.

malade. Certains points sont plus resserrés que d'autres, en particulier la valvule de Bauhin. La sténose peut être telle que le cæcum, admet à peine le petit doigt ou une sonde. Dans un cas de Suchier (1), il fut même très difficile de retrouver la lumière de l'intestin.

A côté de cette forme, où le rétrécissement occupe toute l'étendue de la néoplasie tuberculeuse, il en est une autre beaucoup plus rare, essentiellement caractérisée par la multiplicité des points rétrécis. De distance en distance la lumière intestinale se réduit sur une étendue de plusieurs centimètres et, en ces points, l'aspect des tuniques intestinales est absolument le même que celui que nous décrivions tout à l'heure. L'épaississement des parois, le bourgeonnement de la muqueuse, ses ulcérations et ses tubercules ne laissent aucun doute à cet égard.

Seulement, dans l'intervalle de ces parties rétrécies, l'intestin est normalement dilaté, malade aussi, mais sans hypertrophie des parois, avec de simples ulcérations tuberculeuses. Il y a dans ces cas association des deux formes de la tuberculose intestinale : la forme ulcéreuse simple et la forme épaississante avec ulcérations. L'observation la plus intéressante qui ait été rapportée concernant des faits de cet ordre, est celle de Bezançon et Lapointe (2). Il y est question de quatre rétrécissements : le premier situé juste au-dessus du cæcum, le second au niveau de l'angle colique droit, le troisième à l'extrémité gauche du colon transverse, non loin de son angle gauche, le quatrième enfin au-dessus de l'ampoule rectale.

Il est intéressant de savoir ce que deviennent, au milieu de

---

(1) Suchier. — *Loc. cit.*

(2) Bezançon et Lapointe. — *Presse médicale*, 1898.

cette infiltration massive de l'anse iléo-cæcale, d'une part la valvule de Bauhin, d'autre part l'appendice.

La valvule, dans la plus grande majorité des cas, n'existe plus en tant que membrane obturante. Elle est perdue dans une gangue scléro-cicatricielle creusée superficiellement de quelques ulcérations avec des végétations polypeuses intercalées (obs. I). A sa place on trouve un orifice à parois rigides, à rebord induré et presque toujours extrêmement étroit.

L'appendice se présente sous des aspects bien différents : ou bien il n'offre que des lésions tuberculeuses ordinaires, ulcérations, abcès caséeux, granulations miliaires ; ou bien il est, lui aussi, le siège d'hypertrophie. Il peut avoir complètement disparu, perdu au milieu de la masse scléro-adipeuse, ou n'être représenté que par une toute petite cavité latérale en doigt de gant.

2° *Intestin grêle.* — Comme la région iléo-cæcale et les côlons, l'intestin grêle nous offre, quoique bien plus rarement et à un degré moindre de développement, la forme hypertrophique. Il n'est plus question ici, comme au cæcum, de ces grosses masses qui, à un examen superficiel, peuvent en imposer pour un néoplasme cancéreux ; la tumeur est plus limitée, moins volumineuse. Seulement, si elle apparaît moins au dehors, elle ne s'en développe pas moins à l'intérieur de la lumière intestinale, et y provoque des sténoses complètes. Ces sténoses, ici non plus, ne peuvent s'expliquer par ce fait qu'un processus ulcéreux, en s'éteignant, laisse à sa suite une cicatrice rétrécissante. De même que sur le gros intestin, l'oblitération est due à un bourgeonnement de la muqueuse et à l'hypertrophie de toutes les tuniques.

La coupe de ces points rétrécis ne laisse aucun doute à cet égard. Tout en prouvant l'épaississement considérable des

parois, elle montre aussi d'autres lésions macroscopiques qui dénoncent, au premier examen, la tuberculose : ce sont, sur la tranche de section, quelques petits tubercules caséeux, et, à la surface de la muqueuse, quelques ulcérations en pleine évolution.

C'est principalement sur la dernière portion de l'intestin que siègent ces sténoses. Sans parler des cas de tuberculose massive iléo-cæcale où l'iléon malade et hypertrophié se continue sans ligne de démarcation avec la tumeur du cæcum, il en est d'autres où, à côté de la tumeur cæcale, on trouve, sur l'intestin grêle, une petite masse sténosante, séparée d'elle par un intervalle d'iléon sain (Frank, Esmarch).

L'étendue de ces sténoses n'est pas très considérable ; les différentes observations signalent 1 cm. 1/2, 2 cm. 1/2 comme longueur ordinaire.

Il faut savoir aussi que les rétrécissements dus à la tuberculose hypertrophique sont presque toujours uniques, les rétrécissements multiples étant plutôt dus à des cicatrices d'anciens ulcères. Telle est, du moins, l'opinion de Hofmeister (1), et c'est ce qui semble résulter de ses statistiques.

Une exception intéressante nous est fournie par une observation de Darier, publiée dans le *Bulletin de la Société anatomique* en 1890. Il s'agit d'un cas où huit rétrécissements en diaphragme sont échelonnés sur toute l'étendue de l'intestin grêle. Sans vouloir, comme le font Bezançon et Lapointe, faire rentrer d'une manière absolue ce cas dans le groupe de ceux que nous venons de décrire, nous ferons constater, avec Darier lui-même, que ces rétrécissements ne sont dus, en aucune façon, à un processus cicatriciel de larges ulcérations annulaires. En outre, le microscope démontre l'hypertrophie des

---

(1) Hofmeister. — *Beitrage für Clin. chir.*, 1896, vol. 17.

différentes parois, la présence de tubercules miliaires et de bacilles de Koch.

Au-dessus et au-dessous de la petite néoplasie tuberculeuse, l'intestin présente quelques modifications de structure qui n'offrent rien de bien spécial et qui sont la conséquence en quelque sorte physiologique de la coarctation. Au-dessus de la sténose, hypertrophie des tuniques intestinales portant surtout sur les musculaires, souvent aussi dilatation du calibre. Au-dessous, atrophie des parois et diminution de calibre.

3° *Rectum*. — La question de la tuberculose hypertrophique du rectum est intimement liée à l'histoire des rétrécissements tuberculeux de cet organe. Or, cette histoire n'est pas de longue date, et les documents qui ont servi à l'écrire ne sont pas encore bien nombreux. Il faut arriver au mémoire de Sourdillle, en 1895, il y a trois ans à peine, pour voir cette question abordée de front et la mise en position dans le cadre nosologique du rétrécissement tuberculeux cylindrique.

Il a fallu s'affranchir, une bonne fois pour toutes, de la théorie du syphilome ano-rectal, qui paraissait avoir, à un moment donné, rangé sous son étiquette tous les cas de sténose rectale non congénitale ou non cancéreuse. On a dû reconnaître que, s'il y a des cas de rétrécissements consécutifs à des gommes ano-rectales, — et ces cas sont nettement démontrés (Hartmann et Toupet) (1),— il fallait bien se garder de conclure que tous les rétrécissements étaient syphilitiques, même chez des syphilitiques avérés. Depuis longtemps, de nombreux auteurs avaient fait la remarque qu'il n'était pas possible de retrouver dans les antécédents de nombreux rétrécis rectaux la moindre trace de vérole, et Berger arrivait à conclure

(1) Hartmann et Toupet. — *Bull. Soc. anat.*, 1894.

que la nature des rétrécissements dits syphilitiques était inconnue.

La théorie de la rectite hypertrophique proliférante fut lancée par Delbet et Mouchet (1). C'était une tentative heureuse qui ouvrait une brèche dans la théorie syphilitique. On se demanda alors si la tuberculose ne pouvait être incriminée comme facteur important de ces rétrécissements cylindriques.

Cette influence de la tuberculose avait été depuis longtemps entrevue par Desprès (2), mais seulement entrevue. Aucune démonstration certaine n'en avait été donnée. Les auteurs américains avaient discuté cette question et avaient conclu à la négative. Il est vrai de dire qu'ils n'avaient en vue que le rétrécissement succédant à une cicatrisation d'ulcère tuberculeux, et Kelseg (3) a pu écrire : « Il est douteux qu'un ulcère tuberculeux puisse être une cause de rétrécissement, car il est d'abord douteux qu'une ulcération véritablement tuberculeuse en cette place puisse guérir ou, en d'autres termes, puisse donner lieu à la formation de tissu rétractile ».

Ces rétrécissements consécutifs à la cicatrisation d'ulcères tuberculeux existent véritablement, bien que très rarement. Mais ce qui existe aussi et plus fréquemment peut-être, c'est la sténose cylindrique due à une véritable néoplasie tuberculeuse. Sourdille l'a nettement démontré le premier. Le professeur Tédenat (4) en a fait publier deux observations, et trois nouveaux cas sont connus, dus à Lapointe.

Ici, comme sur toute la hauteur du tube intestinal, il s'agit d'épaississement des parois avec gaine scléro-adipeuse due à

---

(1) Delbet et Mouchet.— *Arch. gén. méd.*, 1893.

(2) Desprès. — *Arch. gén. de médecine*, 1866, cité d'après Sourdille.

(3) Kelseg. — *Diseases of the rectum and anus*, 1884, d'après Sourdille.

(4) Tédenat.— *In* thèse Aulès. Montpellier, 1896.

l'inflammation des tissus péri-rectaux. Il y a aussi les végétations de la muqueuse, les ulcérations et les tubercules. Il serait oiseux de décrire à nouveau l'aspect de ces lésions. Nous avons suffisamment insisté sur elles, à propos de leur localisation au cæcum.

Ici, comme au cæcum, l'hypertrophie peut être circonférencielle, et c'est là le fait commun ; mais elle peut aussi être localisée à un segment du cylindre rectal, et la lésion se montre, non plus sous forme de rétrécissement, mais sous forme de tumeur faisant nettement saillie dans le rectum (obs. XV).

La seule chose qu'il importe de faire ressortir, c'est la ressemblance avec les lésions syphilitiques, caractérisées, elles aussi, par une hypertrophie scléreuse des parois. Seul, le microscope, indépendamment des cas où, sur une coupe, se voient des masses caséeuses, permet d'affirmer, grâce à la présence des follicules, la nature tuberculeuse. Or, nous le verrons, ces follicules sont d'ordinaire très rares ; il faut multiplier les coupes pour en trouver quelques-uns, et cela suffit amplement à expliquer pourquoi cette variété de sténose tuberculeuse est passée jusqu'à aujourd'hui inaperçue.

B) Etude histologique de la tuberculose hypertrophique. — Il n'est guère possible de donner une description exacte des lésions histologiques pouvant se rapporter à tous les cas. Mais il est un point essentiel, qui ressort de tous les examens, et que nous tenons à bien mettre en évidence, c'est le suivant : *Au point de vue microscopique, les lésions de la tuberculose hypertrophique sont un mélange de lésions tuberculeuses et de lésions d'ordre inflammatoire banal.*

La *muqueuse* présente des altérations diverses, suivant les points où on l'examine. Dans son ensemble, elle est très épaisse et peut atteindre jusqu'à un centimètre.

Le *revêtement épithélial* est conservé par places et, en ces

points, présente son aspect normal ; à peine voit-on quelques-unes de ses cellules changer de forme, devenir cubiques, perdre leur plateau, laisser mal colorer leur noyau. Mais il manque de distance et, à sa place, existent des ulcérations. Les *glandes de Lieberkühn* sont également absentes à la surface des ulcérations, rarement sur les autres points. A leur place on peut voir « des follicules tuberculeux allongés, et la comparaison de leurs figures peut permettre de les regarder comme des glandes en tube transformées » (Pilliet). En dehors des points ulcérés, là où le revêtement épithélial est conservé, on en retrouve beaucoup avec leurs caractères normaux, tapissées par une seule assise cellulaire cylindrique. Beaucoup aussi ont subi la transformation kystique. Leur cavité est alors considérablement agrandie, renfermant une matière grumeleuse, et les cellules de leur paroi sont profondément altérées. Au bord des ulcérations ces glandes ont en quelque sorte proliféré.

Elles sont là, très nombreuses, pelotonnées, occupant la base des grosses saillies pyramidales, résultant elles-mêmes de la fusion des petites villosités entre elles.

Le *chorion* de la muqueuse est considérablement épaissi, quadruplé ou même quintuplé de volume. Il est constitué par un grand nombre de cellules conjonctives, étoilées, entre les mailles desquelles s'est faite une riche infiltration de cellules embryonnaires. Ces cellules envahissent aussi les espaces interglandulaires. Des vaisseaux très nombreux, dilatés, à parois jeunes, rampent dans cette couche. Pilliet avait insisté sur cette ectasie vasculaire, et Chavannaz et Carrière (1) y ont tout récemment encore appelé l'attention. Ces deux auteurs ont même signalé la présence sur leurs préparations de petites hémorragies interstitielles consécutives à la rupture de ces petits vaisseaux.

---

(1) Chavannaz et Carrière.— *Journal de médecine de Bordeaux*, 1897.

Quant aux follicules tuberculeux, ils peuvent bien se rencontrer dans la muqueuse ; mais d'une façon générale ils y sont très peu abondants.

La *muscularis mucosæ* existe très nettement, dessinée (Marie), en certains points ; elle manque là où les ulcérations pénètrent dans la sous-muqueuse. Partout ailleurs on voit ses fibres dissociées par des cellules rondes (Marie, Chavannaz et Carrière).

Plus encore que la muqueuse, la celluleuse est fortement épaissie, grâce à une énorme infiltration embryonnaire qui dissocie les fibrilles conjonctives. Cette infiltration embryonnaire est formée par de petites cellules rondes à protoplasma peu abondant, en général monocluées. Quelques-unes de ces cellules ont plusieurs noyaux et présentent des figures karyokynétiques.

Ici les lésions tuberculeuses sont plus fréquentes et plus abondantes que dans le chorion de la muqueuse. Elles sont représentées par de rares gros tubercules à centre caséifié, cellules géantes et bordure de cellules rondes. Plus souvent ce sont de simples follicules avec deux ou trois cellules géantes ; la zone de cellules épithélioïdes manque et seule une couronne de cellules rondes entoure la cellule géante.

La *couche musculeuse* participe à l'hypertrophie générale, mais dans des proportions moins grandes que la sous-muqueuse. Les faisceaux sont dissociés par des traînées de cellules rondes rayonnant autour des vaisseaux de nouvelle formation. On y trouve aussi quelques follicules tuberculeux dans les espaces conjonctifs interfasciculaires. Nous n'avons trouvé qu'une seule fois signalée la disparition par places, de la couche musculaire : c'est dans l'observation récente publiée par Bezançon et Lapointe.

C'est dans la *couche sous-péritonéale* que se trouvent les lésions les plus intéressantes, celles qui, jointes aux prolifé-

rations polypoïdes de la muqueuse, expliquent la façon dont la tuberculose hypertrophique simule le cancer. Elle est formée de bandes scléreuses dans l'intérieur desquelles se trouvent des vaisseaux atteints d'endartérite et de périartérite et des boyaux de cellules jeunes. Ce sont ces lésions qui donnent à l'intestin sa rigidité. De loin en loin quelques granulations tuberculeuses. Notons aussi la présence de très nombreux pelotons de graisse.

Quant aux bacilles, ils ont été recherchés sur les préparations par différents auteurs, et tous s'accordent à déclarer qu'ils sont très rares.

Conclusion. — Telles sont les lésions macroscopiques ou microscopiques qui caractérisent la forme hypertrophique de la tuberculose intestinale. Ce qui ressort avec évidence de la description que nous venons de donner, description qui résulte de la comparaison des divers examens publiés par Pilliet, Marie, Czerny, Korte, etc., c'est le mélange de deux ordres de lésions : *tuberculeuses* et *inflammatoires*, dans des proportions très inégales. Il est admis, en effet, à peu près par tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, et la lecture d'un très grand nombre d'observations nous amène à partager pleinement leur avis, que *les éléments tuberculeux sont relativement rares*, si on considère surtout la masse néoplasique parfois énorme dans laquelle ils sont plongés.

D'autre part, ces éléments tuberculeux ont une évolution plutôt fibreuse. L'irritation du tissu conjonctif aboutit rapidement à la formation scléreuse et la graisse ne tarde pas à envahir ces tissus sclérosés. Les observations sont peu nombreuses où on ait noté la présence d'abcès dans la fosse iliaque et nous ne connaissons que les faits de Pilliet et Thiéry, Körte, Czerny, Obalinski et Broca.

Sans doute, le petit nombre de bacilles tuberculeux, peut-être une faible virulence de leur part, permettent-ils d'expliquer la réaction intense des tissus et le jeu de tendance des lésions à diffuser ?

En tout cas, il est permis de ranger aujourd'hui, au point de vue anatomo-pathologique ou clinique, la tuberculose hypertrophique intestinale dans le groupe des tuberculoses atténuées.

La rareté des follicules tuberculeux, relativement surtout à l'infiltration embryonnaire si abondante, a pu permettre à certains auteurs comme Pilliet, Sachs, Kocher, de rapprocher ces caractères anatomiques de ceux du lupus.

De même aussi on peut établir une analogie profonde entre cette forme de tuberculose et cette variété de synovite fongueuse articulaire, bien décrite par Chandelux, dans laquelle les nodules de Friedlander, rares, sont plongés dans une masse en grande partie fibreuse.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

L'étiologie de la tuberculose massive intestinale est entourée d'obscurité. Nous ignorons encore à peu près complètement les causes qui président au développement des lésions spéciales que nous venons d'étudier et tout se borne à la connaissance de causes prédisposantes plus ou moins vagues.

Et d'abord, le sexe ne paraît avoir aucune influence ; la statistique des cas que nous avons pu recueillir est assez éloquente à cet égard.

Sur 71 observations qui ont été publiées, nous trouvons 40 hommes et 31 femmes. La différence n'est pas assez sensible pour accorder quelque importance à la chose.

Pour l'âge, également, peu d'influence à lui accorder. C'est à la période moyenne de la vie, mais dans des limites assez étendues entre 16 et 54 ans, que l'on voit se développer la maladie qui nous occupe.

L'action du traumatisme, de certaines maladies antérieures, comme la fièvre typhoïde, les entérites du premier âge, la dysenterie, paraît indiscutable ; on trouve ces faits signalés dans un assez grand nombre d'observations, et il est rationnel de leur accorder la valeur de causes prédisposantes de quelque importance.

Un fait qui ressort très nettement de la lecture des cas de

ce genre publiés jusqu'à aujourd'hui, c'est la rareté des lésions tuberculeuses du poumon. Déjà, la possibilité de la tuberculose intestinale ulcéreuse primitive avait été démontrée et, quoique assez rares, les exemples qu'on en avait présentés étaient très concluants. Mais ce caractère de tuberculose primitive est bien plus vrai encore pour la forme massive. La règle est, en effet, dans ce cas, de ne rien trouver aux poumons et, lorsque des lésions pulmonaires existent, elles sont le plus souvent secondaires. A ce titre donc, la tuberculose intestinale hypertrophique se comporte absolument comme les tuberculoses osseuses, articulaires, épididymaires, etc., toutes essentiellement primitives et qui ne sont que très exceptionnellement la localisation secondaire d'une infection existant déjà dans l'appareil respiratoire.

Nous ne nous attarderons pas à décrire le mode de pénétration des bacilles de Koch dans l'intestin, le rôle joué par les crachats, par l'alimentation, etc., etc., tout cela est en dehors du cadre de notre sujet.

Nous nous bornerons à montrer quel rôle important peuvent jouer, pour la pénétration des bacilles dans les tuniques, les ulcérations banales déjà existantes.

A la faveur de ces ulcérations, le bacille de Koch s'implante dans la muqueuse et, peu à peu, il transforme l'inflammation banale en une inflammation spécifique. *C'est ainsi que peuvent s'expliquer des faits de typhlite simple à répétition qui ont ensuite évolué vers la tuberculose massive.*

Toutefois on ne retrouve pas dans les antécédents de tous les malades des poussées de typhlite ou d'entérite pouvant expliquer l'invasion des tuniques intestinales à travers une ulcération. Dans ces cas, évidemment, c'est le bacille qui fait lui-même des lésions ulcéreuses ; les expériences de Villemin ont démontré depuis longtemps ce fait que les matières bacilifères ingérées peuvent produire des ulcérations spécifiques

du tube digestif sans aucune altération antérieure de la muqueuse intestinale.

Enfin, si la tuberculose hypertrophique a élu son domicile de préférence à la valvule iléo-cæcale et au rectum, c'est que ces deux régions sont deux points rétrécis où séjournent longtemps les matières et qui favorisent singulièrement la germination des spores qui accompagnent presque toujours les bacilles.

Quant au mode de propagation de la tuberculose locale du cæcum, voici comment Pilliet et Thiéry la décrivent :

« La dissémination de la tuberculose locale du cæcum peut se faire par différentes voies qu'il est utile de connaître pour poser les contre-indications opératoires :

1° *Par le péritoine.* — Dans notre cas, elle était tardive, localisée et peu grave. La péritonite qui enveloppe la tumeur est en général adhésive et se reconnaît à ce que la tumeur fait corps avec la paroi.

2° *Par l'intestin.* — Les lésions sont, dans la plupart des cas, descendantes ; le maximum se trouvant au niveau du cæcum, les lésions s'étagent dans le côlon. L'intestin grêle, contrairement à ce qu'on aurait pu penser, est rarement pris.

3° *Par les ganglions de l'angle iléo-cæcal.* — On observe alors, soit une infection des ganglions du mésentère et du mésocôlon, comme dans notre cas, soit une infection des ganglions vertébraux remontant jusqu'au diaphragme, comme dans le cas publié par l'un de nous à la Société anatomique, en 1891. La laparotomie, permettant d'explorer l'angle iléo-cæcal, renseignera sur ce point.

4° *Par les ganglions iliaques.* — C'est ce qui s'est rencontré dans notre cas et aurait pu être aperçu sans la présence d'un sac herniaire déshabité au-devant des ganglions du triangle de Scarpa tuberculeux. Cette forme de généralisation est, en général, accessible au palper et constitue une contre-indication sur laquelle nous avons voulu attirer l'attention ».

CHAPITRE IV

SYMPTOMES

On ne peut guère donner de la tuberculose hypertrophique intestinale une description symptomatique d'ensemble pouvant convenir à ses différentes localisations. Si, au point de vue anatomo-pathologique, la lésion est la même, qu'elle siège sur l'intestin grêle, le cæcum, les côlons ou le rectum, l'aspect clinique varie sensiblement, au contraire, suivant que la tumeur ou le rétrécissement siège en tel ou tel point.

Nous avons déjà, au chapitre précédent, établi une division et étudié successivement les lésions sur la région iléo-cæcale et les côlons, sur l'intestin grêle et sur le rectum, non pas que cette division s'imposât absolument, puisque les modifications élémentaires sont les mêmes partout ; mais nous voulions surtout, en accordant un paragraphe à part à l'intestin grêle et au rectum, montrer que la forme hypertrophique de la tuberculose n'était pas l'apanage exclusif de la région iléo-cæcale.

Au point de vue clinique, la division est plus importante : elle s'impose. Une tuberculose du cæcum ou de l'intestin grêle n'a pas les mêmes signes cliniques qu'un rétrécissement tuberculeux du rectum, et décrire en même temps les symptômes appartenant à chacune de ces localisations ne pourrait se faire sans grande confusion. Voilà pourquoi nous maintenons notre division, mais en la limitant, et nous décrirons successivement :

1° Les symptômes pour l'intestin grêle et la région iléo-cæcale ;

2° Les symptômes pour le rectum.

1° *Intestin grêle. Région iléo-cæcale. Côlons.* — Une longue période, remarquable par la lenteur de son évolution autant que par le peu de netteté des symptômes, marque le début du mal. C'est, le plus souvent, en pleine santé, parfois à la suite de gastro-entérite, de dysenterie, de fièvre typhoïde, que la maladie apparaît avec un cortège symptomatique très réduit, dont les éléments, toujours d'une netteté douteuse, ne permettent en aucune façon d'affirmer un diagnostic.

On observe le plus généralement des troubles gastriques ou intestinaux : vomissements, digestions difficiles, crampes d'estomac très douloureuses : voilà pour les troubles gastriques. Les troubles intestinaux ont une tout autre importance, soit par leur fréquence, soit par leur ténacité. On assiste à des crises de diarrhée succédant à une constipation plus ou moins opiniâtre. Cette diarrhée, bien qu'abondante, n'a pas ce caractère de ténacité si remarquable, qui est un des attributs de l'entérite tuberculeuse des phtisiques. Elle ne résiste pas aux différents agents employés pour la combattre.

La constipation peut s'établir d'emblée sans diarrhée prémonitoire. Elle dénote, par sa ténacité, l'existence d'un obstacle mécanique ; elle est un signe de rétrécissement.

Les malades racontent, dans ces cas, qu'ils ont dû faire un usage continu de purgatifs et de lavements et que, malgré ces moyens, ils passaient quatre ou cinq jours sans avoir de selles. Les matières rendues n'ont souvent rien de particulier ; d'autres fois, elles se trouvent mélangées à du pus et à des glaires. On a noté la présence du sang dans quelques cas ; mais le fait est assez rare et l'absence de sang dans les matières, est presque une règle absolue. Elle acquiert ainsi la valeur

d'un signe négatif de grande importance, qui doit jeter quelque jour dans la discussion du diagnostic.

Aux symptômes précédents vient s'en ajouter un autre, qui ne manque *jamais ;* je veux parler de la *douleur*. Elle peut être même le premier phénomène et le seul observé pendant assez longtemps. Cette douleur peut être vague, sourde, de peu d'intensité, généralisée à tout l'abdomen, et ce n'est que par une pression méthodique qu'on peut se rendre compte que telle région est plus sensible que telle autre. C'est le plus souvent la fosse iliaque droite qui est douloureuse ; je n'ai pas besoin d'expliquer pourquoi ; mais on peut aussi réveiller la douleur, soit sur le côlon transverse, soit en toute autre région de l'intestin.

Inversement, beaucoup de malades se plaignent de crises de coliques très violentes, revenant parfois à intervalles réguliers (Roux), s'accompagnant de vomissements, de constipation passagère, d'état syncopal, de tout le cortège, en un mot, habituel des crises viscérales abdominales. Le maximum de ces douleurs est presque toujours dans la fosse iliaque droite et l'on comprend bien qu'il soit souvent difficile de ne pas confondre ces crises avec des coliques d'appendicite simple. Pendant toute leur durée, un météorisme considérable distend les parois abdominales. Ce symptôme se trouve signalé dans un grand nombre d'observations (Kocher, Gussenbauer, Eiselsberg, König, etc). Une fois l'orage passé, le météorisme se dissipe rapidement.

On a observé l'irradiation des douleurs abdominales dans la cuisse droite. En vérité, cette irradiation est rare, puisque nous ne l'avons vue signalée que dans le cas de Bouilly et dans un des cas du professeur Tédenat que nous rapportons.

Telles sont les diverses modalités que revêt la maladie à son début. A cause même de cette diversité et aussi grâce au manque de précision des symptômes signalés plus haut, la

physionomie de la maladie reste pendant longtemps indécise, impossible absolument à fixer. C'est à peine si durant toute cette période on peut, en se basant sur l'exagération des douleurs en tel ou tel point de l'abdomen, penser à une lésion limitée en ce point. On rejettera ainsi l'idée d'une entérite généralisée ou d'une simple dyspepsie.

Néanmoins, plusieurs mois et souvent plusieurs années après l'apparition de ces premiers phénomènes si peu caractéristiques, d'autres se montrent qui viennent éclairer singulièrement le diagnostic. On constate alors qu'une tumeur s'est constituée ou bien, mais plus rarement, c'est un abcès qui s'est ouvert à la paroi, laissant à la suite une fistule stercorale.

Arrivée à un développement suffisant, la *tumeur tuberculeuse* se présente avec les caractères suivants. D'abord, c'est dans la fosse iliaque droite qu'on la trouve dans l'immense majorité des cas ; Esmarch, Kônig, Eiselsberg, rapportent chacun une observation où il est dit que la tumeur siégeait au voisinage de l'ombilic. Il s'agissait d'une tuberculose du côlon transverse. Exceptionnellement elle atteint un volume suffisant pour que la simple inspection de l'abdomen permette d'en soupçonner l'existence. Il faut avoir recours à la palpation et déprimer même assez profondément la paroi abdominale relâchée pour arriver à la sentir. Elle se présente sous forme d'une masse inégale et bosselée, allongée suivant l'axe du gros intestin, pouvant atteindre, dans certains cas très rares, les dimensions d'une tête de fœtus (Tédenat), mais ne dépassant pas d'ordinaire celles d'une orange.

Lorsqu'il s'agit du cæcum, les limites en sont assez nettes en bas et en dehors ; en bas, elle paraît se terminer à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale ; en dehors, elle longe, à cette même distance, le bord antérieur de l'os coxal. En haut, elle peut se terminer assez brusquement, comme aussi se perdre d'une façon insensible. On peut la suivre jus-

qu'au dessous du foie. En dedans, elle atteint rarement la ligne médiane.

Les nombreuses et étroites adhérences de la tumeur expliquent pourquoi sa mobilité est si peu considérable. C'est à peine si on peut lui imprimer quelques mouvements dans le sens tranversal. Nous avons vu que, le plus souvent, les connexions étaient grandes avec la paroi postérieure et les organes du voisinage. Elles le sont beaucoup moins avec la paroi abdominale antérieure, et voilà pourquoi celle-ci glisse si aisément sur la masse indurée.

La percussion donne des résultats variables. Au centre même de la tumeur, il y a le plus souvent une zone de matité absolue ; puis, sur les bords, la sonorité réapparaît jusqu'à devenir tympanique sur les autres portions de l'intestin météorisées. Quelquefois pourtant la tumeur elle-même est sonore. Ce fait est signalé dans deux observations de M. Tédenat, et dans quelques cas appartenant à d'autres auteurs.

L'apparition de la tumeur, qui vient donner aux phénomènes généraux du début une signification non douteuse, peut être précédée de la formation d'un abcès et, si celui-ci vient à s'ouvrir, d'une fistule stercorale. Les cas de ce genre ne sont pas très fréquents dans la forme de tuberculose qui nous occupe. Il n'en existe pas moins des exemples indéniables, et je citerai les trois cas de Körte (1), ceux de Louis, de Czerny, de Broca (2), Obalinski, Eiselsberg, etc. Après une période plus ou moins longue de souffrances, une tuméfaction se montre d'abord diffuse, puis limitée, et qui ne tarde pas à devenir fluctuante. Cette collection peut s'ouvrir spontanément, ou bien on l'ou-

---

(1) Körte. — *Deutsche zeits. für Chir.*, vol. 40, p. 548 et 559.
— *Arch. für clin. Chir.*, vol. 48.

(2) Broca. — *In* th. Benoît, *loc. cit.*

vre soit pour l'évacuer, soit comme temps préliminaire d'une opération plus complète.

L'examen du pus qui s'écoule ne donne pas toujours des renseignements bien précis. On peut y trouver le bacille de Koch ; mais sa recherche est bien difficile, et, d'autre part, on a rencontré des coli-bacilles et des staphylocoques. Comme exemple de ce dernier fait, je citerai l'observation de ce malade de Körte, qui fut opéré la première fois, le 17 février 1891, pour un abcès de la fosse iliaque. L'examen bactériologique ne révéla que des staphylocoques et des coli-bacilles. Quelques mois plus tard, on enlevait l'appendice, qui présentait des perforations, et neuf mois après la première opération on enlevait une grosse masse iléo-cæcale tuberculeuse. Est-ce à dire que, dans ce cas particulier, dont nous rapportons plus loin l'observation en entier, la turberculose existait déjà sur le cæcum, lorsque se forma l'abcès? Nous ne saurions l'affirmer. En tout cas, le fait est intéressant à signaler et montre qu'un abcès appendiculaire banal peut marquer la première étape de la tuberculose hypertrophique iléo-cæcale.

Le rectum.— Arrivé à son complet développement, le rétrécissement tuberculeux du rectum se présente avec un ensemble de symptômes dont beaucoup sont communs aux autres sténoses rectales. Mais, aussi bien dans son évolution que dans le groupement de quelques-uns de ses symptômes, il y a quelques particularités intéressantes.

Un fait sur lequel je désire tout d'abord attirer l'attention, c'est l'existence, à une distance plus ou moins éloignée du début *probable* de la maladie, d'accidents ano-rectaux variés. Nous trouvons ces accidents signalés dans les trois observations que rapporte Lapointe (1) dans sa thèse. Dans un premier

(1) Lapointe. — Th. de Paris, 1897.

cas, six ans avant l'apparition des signes de rétrécissement, le malade, alors en Cochinchine, contracta après six mois de séjour « une diarrhée dysentériforme qui persista pendant trois mois et dont il fut bientôt repris, après une courte période d'amélioration. Les selles, douze à quinze par jour, avec ténesme et brûlure à l'anus, étaient constituées tantôt par un mélange de détritus blanchâtres et de sang, tantôt par du sang pur. Il survenait parfois de véritables hémorragies. Après quatre ou cinq semaines de traitement, le ténesme et la fréquence des selles disparaissent, mais les matières restent encore striées de sang, pendant quatre ou cinq mois. Le malade se considère ensuite comme guéri pendant un an et demi. Alors apparaissent à l'anus, de *petites tumeurs* facilement saignantes que l'on prend pour des hémorroïdes. Malgré l'ablation de deux de ces tumeurs au thermo-cautère et la cautérisation des autres avec le sublimé au dixième, ces hémorragies n'en persistent pas moins et durent ainsi jusqu'au moment où les selles commencent à devenir difficiles et font alors place à un écoulement glaireux » (Lapointe, observ. I).

Dans un deuxième cas, cinq ans avant l'apparition des phénomènes de rectite, le malade s'aperçoit de la présence de petites tumeurs formant couronne à l'anus et saignant très facilement. Enfin dans la troisième observation, il est rapporté que, trois ans avant les douleurs, des grosseurs sortirent de l'anus, au moment où le malade allait à la selle, et que par intermittences il y avait des hémorragies anales abondantes.

L'écoulement sanguin cessa du moment où les souffrances apparurent.

Voilà donc trois faits, sur les six que nous avons pu recueillir, de tuberculose hypertrophique rectale avec histoire clinique détaillée, où de petites tumeurs saignantes ont apparu de trois à cinq ans avant l'installation des symptômes de rectite. Que sont ces petites tumeurs? Hémorroïdes ou condy-

lomes ? Nous ne saurions le dire, puisque les auteurs qui rapportent les faits ne sont pas affirmatifs sur ce point.

Y a-t-il une relation quelconque entre la rectite tuberculeuse et l'apparition de ces tumeurs? Il serait peut-être prématuré, avec le nombre si peu considérable de documents que l'on possède, de répondre par l'affirmative et de voir là autre chose qu'une simple coïncidence. Mais, enfin, il faut bien considérer que trois fois sur six, il est nettement indiqué que les tumeurs ont apparu longtemps à l'avance, et ces tumeurs ont persisté, puisqu'on les retrouve au moment où le malade a été opéré. Une autre fois (observ. I du mémoire de Sourdille), une tumeur pédiculée est signalée au voisinage de l'anus ; de même enfin, dans l'observation de M. le professeur Tédenat, publiée dans la thèse d'Aulès(1), on signale une rangée de condylomes autour de l'anus. Dans ces deux derniers cas, il n'est nullement fait mention de l'époque où ont apparu ces tumeurs.

Un symptôme beaucoup plus important que la présence de ces petites masses au niveau de l'anus, et sur lequel doit être fortement attirée l'attention, *c'est l'écoulement de sang*. Bien entendu, nous ne voulons nullement parler des simples stries de sang ou même des grosses taches qui peuvent enrober les matières fécales à leur sortie d'un rectum en proie à une inflammation violente.

Nous voulons parler de véritables écoulements, soit de sang pur, soit de sang mélangé à quelques glaires. Il s'agit donc *de vraies rectorragies*. Or, ces rectorragies nous les trouvons signalées dans les six observations de tuberculose rectale que nous avons pu trouver. Elles offrent ce caractère très important de se montrer tout à fait à l'origine même du mal, lorsque

---

(1) Aulès. — Th. de Montpellier, 1896.

commencent à s'établir les premiers phénomènes de rectite : cuissons, petites épreintes, douleur légère.

Ces hémorragies abondantes ont coïncidé plusieurs fois avec l'apparition de petites tumeurs anales.

Quelle est la nature de ces hémorragies ?

Sont-elles dues aux petites tumeurs anales ?

Pouvons-nous dire qu'elles sont d'origine tuberculeuse ? qu'elles sont comme ces hémoptysies prémonitoires, qui marquent le début de la tuberculose pulmonaire ou ces pissements de sang des cystites tuberculeuses à peine écloses ? C'est possible, cela nous paraît même probable pour quelques cas. Mais nous ne saurions affirmer la chose d'une manière trop absolue. La question est encore trop jeune et repose sur un trop petit nombre d'observations. Ce qu'il y a de sûr, c'est que dans un cas l'ablation et la cautérisation des soi-disants bourrelets hémorroïdaux n'ont pas empêché les hémorragies de se reproduire.

L'écoulement de sang se fait tantôt lorsque le malade va à la selle, tantôt dans l'intervalle des défécations. Il est alors continu et oblige le malade à se garnir. Le sang perdu en plus ou moins grande quantité est absolument pur ou mélangé à du mucus.

Au bout d'un certain temps, l'écoulement rectal, au lieu d'être constitué par du sang, consiste en glaires épaisses et verdâtres. Le malade commence alors à se plaindre de douleurs cuisantes à l'anus et dans toute la hauteur du rectum. Des épreintes de plus en plus rapprochées le tourmentent ; dix, douze fois et même davantage par jour, il est pris de besoins d'aller à la selle ; mais c'est à peine s'il réussit une fois à rendre quelques matières, consistant en glaires sanguinolentes, mêlées à du pus véritable.

Le toucher pratiqué à cette période fait constater d'abord de la contracture du sphincter. La paroi rectale est œdémateuse,

boursouflée ou recouverte de granulations, de végétations molles, séniles ou pédiculées. On peut réveiller un point douloureux entre l'anus et le coccyx.

La durée de cette période est très variable, mais en général, il s'écoule de une à plusieurs années avant que le rétrécissement tuberculeux soit constitué.

Il peut même arriver que pendant un laps de temps plus ou moins considérable, le malade n'éprouve plus aucun symptôme. Mais le fait est rare, quoi qu'en dise Sourdille, qui décrit une période de latence intermédiaire à la période de début et à la période sténosante. En effet, s'il est vrai qu'on puisse observer un répit dans la marche de la maladie, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement approprié, il n'en reste pas moins démontré, par les observations qui ont été publiées, que les phénomènes morbides ne disparaissent pas et que le malade n'en continue pas moins à être tourmenté par des écoulements ou des douleurs.

Periode d'état : 1° *Forme sténosante.* — Petit à petit, la défécation est devenue plus laborieuse, les selles s'espacent, le bol fécal s'aplatit, en un mot, le rétrécissement s'est constitué. Les signes fonctionnels ne diffèrent pas dans leur ensemble de ceux des sténoses ordinaires ; il s'agit surtout de troubles de la défécation, caractérisés par une constipation plus ou moins opiniâtre pouvant aller jusqu'à l'obstruction intestinale et se terminant par des débâcles abondantes. Ajoutons à cela les épreintes, les douleurs violentes, les écoulements de liquide ichoreux, et nous aurons le tableau complet de la maladie arrivée à ce moment de son évolution. On peut voir aussi, mais rarement, survenir des abcès à la marge de l'anus ou des ulcérations fissuraires.

Si on examine avec soin l'anus et le rectum, on constate les phénomènes suivants : la peau de la région est le siège d'un

érythème intense dû à l'écoulement continu du pus ; on y observe également, dans presque tous les cas, des végétations en plus ou moins grand nombre. J'ai suffisamment insisté plus haut à leur sujet, pour ne pas avoir à y revenir ici.

Le toucher rectal est toujours très douloureux et nécessite soit la cocaïne, soit l'anesthésie chloroformique. Une contracture énorme du sphincter empêche l'index de pénétrer. La contracture une fois vaincue, le doigt tombe à une distance plus ou moins grande de l'anus sur une portion rétrécie qui l'empêche de pénétrer plus loin.

Le siège du rétrécissement est variable. Il peut occuper un segment quelconque du rectum. Toutefois c'est dans la région ano-rectale qu'il se trouve le plus souvent. Déjà, en plein trajet sphinctérien ou dans la partie inférieure de l'ampoule, le doigt se trouve pressé par des cannelures assez régulières ou des saillies polypiformes. Il arrive ensuite sur un point plus rétréci, où il s'engage avec la plus grande difficulté.

Il peut se faire que le calibre du rétrécissement soit tel qu'il n'admette que l'introduction d'une sonde. Au-dessus d'un premier rétrécissement il est possible d'en rencontrer un deuxième (observ. VIII, Lapointe) ; mais dans l'intervalle des deux sténoses la paroi rectale présente des cannelures, des végétations et le calibre de l'ampoule est diminué dans son ensemble. Dans ce cas particulier, il s'agit en réalité d'une tuberculose envahissant une grande partie du cylindre rectal avec deux points particulièrement étroits.

Il est à noter comme caractère très important que la lésion occupe tout le pourtour du tube intestinal. Il s'agit donc ici, comme dans la syphilis, d'un rétrécissement dit cylindrique.

2° *Forme polypeuse.* — Dans cette forme beaucoup plus rare il n'est plus question de phénomène de sténose. Les signes de rectite intense occupent seuls la scène.

Au toucher on sent que la muqueuse a perdu sa souplesse normale. Elle est recouverte dans toute son étendue de granulations pédiculées, saignant facilement. Le doigt tombe sur une ulcération à base nettement indurée et saillante, n'occupant qu'une partie de la surface du rectum. Cette ulcération dont les bords sont saillants est recouverte de gros bourgeons assez mous saignant facilement (observ. XVI, Lapointe).

EVOLUTION CLINIQUE

Aussi bien sur l'intestin grêle que sur le gros intestin, la tuberculose hypertrophique, abandonnée à son évolution spontanée, paraît devoir aboutir fatalement à une issue funeste. La tendance progressivement sténosante du mal explique suffisamment l'état de dénutrition croissante à laquelle les malades finissent par succomber. La faible lumière laissée au milieu de l'intestin épaissi ne laisse passer des matières qu'en très petite quantité. De loin en loin, une abondante débâcle évacue le contenu intestinal ; mais, dans l'intervalle, le malade est en proie à l'intoxication stercorémique, qui le cachectise.

Il n'est pas absolument rare de voir alors le tableau clinique s'assombrir, grâce à l'apparition d'une nouvelle localisation tuberculeuse. Le poumon reçoit assez souvent le contrecoup de la lésion intestinale ; mais, fait important, *les lésions pulmonaires n'arrivent presque jamais, dans ces cas, à un degré avancé*. Le malade succombe donc, presque toujours, aux progrès de l'obstruction intestinale.

Le temps que met la maladie à évoluer est d'ordinaire très long, sans qu'il soit possible d'en fixer, même approximativement, les limites. Il arrive de voir s'écouler plusieurs années entre le début des accidents et l'apparition de la tumeur. Celle-

ci une fois constituée, la marche devient plus rapide. Du reste, les observations où on a suivi ainsi l'évolution du mal jusqu'aux conséquences ultimes de la sténose croissante, sont peu nombreuses, comparées surtout à celles où une intervention chirurgicale est venue modifier l'évolution.

Les tableaux que nous publions plus loin montrent combien, jusqu'à aujourd'hui, on a retiré de bénéfices de l'action opératoire. Ils montrent, en même temps, qu'à côté de guérisons durables, d'autres n'ont été que passagères, bien des malades guéris de leur tuberculose intestinale ayant succombé, au bout d'un temps plus ou moins long, à une tuberculose pulmonaire, ou plus rarement à une tuberculose péritonéale.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

A.) Tuberculose de l'intestin grêle et de l'anse iléo-colique. — Je passe rapidement sur le diagnostic de la tuberculose hypertrophique de l'intestin grêle. On ne perçoit pas de tumeur dans ce cas et les symptômes fonctionnels dont nous venons de parler sont les seules manifestations de la maladie. Le plus souvent une crise d'occlusion intestinale commande une intervention rapide, et c'est à l'occasion de cette intervention que le diagnostic peut être fait. C'est du moins ce qui est arrivé dans les trois observations de Kônig.

J'ai hâte d'en arriver à la région iléo-cæcale, car ici, la discussion du diagnostic prête à des considérations plus intéressantes. Depuis que l'attention a été attirée par Pilliet et Hartmann sur la forme de néoplasme que peut revêtir la tuberculose du cæcum, les erreurs de diagnostic sont sans doute moins nombreuses Toutefois on s'y laisse prendre encore bien souvent et on porte volontiers le diagnostic de cancer. Et comment en serait-il autrement, puisque, même pièces en mains, il n'est pas toujours possible d'affirmer la nature tuberculeuse de la masse enlevée. La ressemblance avec le cancer, en particulier, est telle que les plus expérimentés s'y sont trompés, et Kiener, à qui M. le professeur Tédenat venait de remettre une pièce, s'écriait : Oh ! le beau cancer ! Quelques

jours après, le microscope lui démontrait qu'il avait affaire à une authentique tuberculose hypertrophique.

Pour être complet, il nous faudrait étudier le diagnostic à chacune des périodes de la maladie. Or, nous avons déjà vu au chapitre précédent, en passant en revue les multiples symptômes du début, combien il était difficile d'attacher à un seul d'entre eux une importance diagnostique suffisante. Les troubles gastriques, les alternatives de diarrhée et de constipation sont des symptômes communs à trop de lésions intestinales pour leur accorder quelque valeur. Seuls, des phénomènes d'obstruction avec point douloureux très net sur le cæcum, ou mieux encore, des coliques violentes avec maximum d'intensité dans la fosse iliaque droite, peuvent faire songer à un point de départ iléo-cæcal.

Mais de tels symptômes ne permettent pas d'aller plus loin. On pourra évidemment soupçonner la tuberculose, si la maladie dure déjà depuis longtemps ; quant à affirmer la variété hypertrophique, on ne pourra le faire que lorsque la maladie sera arrivée à sa période d'état avec formation de tumeur.

Au point de vue clinique deux cas se présentent :

1° Il y a simplement une tumeur ;

2° Il y a un abcès ou des fistules.

1° *Il y a simplement une tumeur.* — La première des choses à faire, en présence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, c'est de déterminer son origine. En d'autres termes, il convient d'abord de savoir si la tumeur que l'on sent appartient bien à l'intestin.

Il faudra donc faire le diagnostic avec les anévrysmes, les sarcomes, les cancers des parois de la région, l'adénite chronique des ganglions iliaques consécutive, le plus souvent, à une tuberculose du membre inférieur. Il n'est pas dans mon

sujet de m'attarder à décrire les symptômes caractéristiques de ces diverses affections.

On distinguera les tumeurs du rein en ce qu'elles ont, à leur face antérieure, une zone de sonorité constituée par les côlons et le cæcum. Nous avons vu précédemment que les tumeurs iléo-cæcales étaient, au contraire, mates à leur centre au moins à une percussion légère. Il peut y avoir coexistence d'une tumeur du cæcum et d'une tumeur du rein. Ainsi dans le cas publié par Sachs, il y avait à la fois tuberculose du cæcum et hydronéphrose droite due probablement à une compression de l'uretère. Dans des cas de cet ordre, le diagnostic doit être, évidemment, particulièrement difficile.

La question du rein mobile peut être jugée par les signes suivants : vacuité de la fosse lombaire correspondante, forme de la tumeur, sa mobilité dans le sens vertical, la douleur spéciale à la pression, la forme échancrée de l'un des bords. Malgré tout, l'erreur a été commise une fois (Czerny).

En ce qui concerne le foie et la vésicule biliaire, il faudra surtout tenir compte de ces deux grands faits cliniques :

1° Dans les tumeurs du foie et de la vésicule, la matité hépatique se continue avec celle de la tumeur sans interposition d'aucune bande sonore ;

2° Dans les mouvements respiratoires la tumeur suit le foie dans son ascension ou sa descente.

Nous avons observé un cas où les deux signes précédents étaient peu nets. Il s'agissait d'un cancer du foie et de la vésicule qui descendait très bas. Il fut pris pour une tuberculose massive du cæcum.

On devra tenir un très grand compte, dans les cas douteux, des symptômes fonctionnels et surtout des signes d'obstruction progressive.

Supposons le diagnostic de tumeur cæcale bien posé.

Quelle en est la nature? Telle doit être la deuxième question à résoudre.

Grâce aux purgatifs, on éliminera rapidement l'idée de tumeur stercorale. Il sera beaucoup plus difficile de rejeter le diagnostic de cancer. C'est bien certainement là, comme nous le disions tout à l'heure, la cause d'erreur la plus fréquente. Tout porte à la confusion : l'amaigrissement du malade, les alternatives de diarrhée et de constipation, la forme de la tumeur, sont autant de symptômes communs aux deux maladies. Si on ajoute à cela que, dans quelques cas de tuberculose massive, on a observé du sang noir dans les selles et des ganglions dans l'aine correspondante, on comprendra facilement que l'idée de cancer soit venue de suite à l'esprit du médecin. C'est, du reste, sous cette étiquette qu'ont été faites beaucoup de résections de tuberculoses iléo-cæcales.

Donc, sur quels éléments se basera-t-on pour écarter le diagnostic de cancer? D'abord, l'évolution même de la maladie. Le cancer, en effet, évolue beaucoup plus rapidement. Sa durée totale ne dépasse guère un an. La tuberculose, au contraire, dure bien plus longtemps, et ce n'est généralement qu'un ou deux ans après l'apparition des premières douleurs ou des troubles gastro-intestinaux que la tumeur est constituée ; d'autre part la durée totale de la maladie peut être très longue : cinq, six ou dix ans.

Ici une réserve s'impose. Bien certainement on ne prendra pas pour du cancer une tumeur qui aura apparu depuis cinq ou six ans ; mais on ne pourra pas d'autre part, en se basant uniquement sur la durée du mal, dire qu'une tumeur qui a apparu depuis un an est de la tuberculose et non du carcinome.

Un symptôme auquel il faut accorder une très grande importance, c'est la douleur intense. On sait que dans le cancer intestinal, les douleurs sont très souvent atténuées au

point même que la maladie peut évoluer d'une façon pour ainsi dire latente. Dans la tuberculose, inversement, les douleurs exient toujours, aiguës, violentes même, survenant par crises et pouvant en imposer à plusieurs égards pour des coliques appendiculaires.

Dans le cancer enfin, il y a fréquemment du melœna ; dans la tuberculose hypertrophique on trouve rarement du sang dans les selles. Aussi quand les melœnas existent bien nets, se répétant à plusieurs reprises, peut-on porter assez fermement le diagnostic de cancer.

En définitive, c'est en se basant sur l'ensemble des symptômes, plutôt que sur les caractères proprement dits de la tumeur, que l'on devra se faire une opinion. Il faudra rechercher avec soin l'existence des ganglions susclaviculaires et ne pas négliger les circonstances en apparence accessoires : je veux parler des lésions pulmonaires, des sueurs nocturnes, de l'âge du malade et de son hérédité tuberculeuse.

2° *Il existe une fistule purulente ou pyo-stercorale.* — Et d'abord, il faut se renseigner sur l'origine de cette fistule. Si des matières fécales sortent par l'ouverture fistuleuse, la réponse est facile à faire. S'il ne sort que du pus, il faut se demander s'il provient d'un abcès vertébral par congestion, d'une psoitis, d'une tuberculose de l'os iliaque ou bien du cæcum ou du péri-cæcum.

Les abcès par congestion de la colonne vertébrale s'ouvrent d'ordinaire au-dessous de l'arcade. Le pus qu'ils fournissent est abondant, la sonde cannelée introduite dans le trajet monte très loin et enfin la percussion des apophyses épineuses, si la gibbosité n'existe pas, mettra sur la voie du diagnostic.

Dans le psoitis, la flexion du membre avec rotation en dehors, manque rarement. Les mouvements communiqués sont extrêmement douloureux.

Le diagnostic est plus délicat avec les fistules dues à des tuberculoses de l'os iliaque. Celles-ci peuvent s'ouvrir, il est vrai, en d'autres points que le pli de l'aine, en particulier, à la fesse ou à l'anus. Mais il n'est pas rare de les voir au-dessus du ligament de Fallope. S'il y a coexistence de plusieurs fistules, on pensera volontiers à leur origine iliaque, mais si une seule existe au pli de l'aine, l'hésitation sera permise. L'exploration au stylet devra être faite modérément et si le trajet mène la sonde sur la crête iliaque dénudée, l'origine sera connue.

Je suppose qu'on ait donc successivement éliminé les diverses causes possibles de fistules purulentes et que le point de départ cœcal soit nettement reconnu. Il reste à savoir si derrière ce trajet fistuleux se cache une tuberculose massive de l'intestin. L'examen bactériologique du pus, l'aspect de la fistule, sa persistance, pourront tout d'abord mettre sur la voie de la tuberculose. Pour savoir maintenant si on a vraiment à faire au type hypertrophique, on devra palper avec soin la région, au besoin sous le chloroforme.

B) Tuberculose du rectum.— Nous nous bornons à étudier le diagnostic différentiel de la tuberculose hypertrophique rectale au moment où elle est arrivée à la période d'état. Je suppose donc que les troubles de la défécation, difficulté d'aller à la selle, caractère rubané des matières, éveillent l'idée d'un rétrécissement et que le toucher rectal a permis d'en constater l'existence. Quelle est la cause de ce rétrécissement ?

Les rectites traumatiques ou médicamenteuses, la dysenterie, la blennorragie rectale, le syphilome ano-rectal, le cancer, peuvent engendrer une sténose dont les caractères se rapprochent assez de la sténose tuberculeuse. Il faut rechercher à quels signes on pourra les différencier.

Il sera d'abord facile de savoir si à l'origine, il y a eu une

plaie ayant intéressé le rectum ; si le malade a pris des lavements capables de produire une inflammation violente. D'autre part, si on ne retrouve dans les antécédents, ni syphilis, ni chancre mou, ni blennorragie, on pourra penser à la tuberculose.

Mais que de fois les renseignements fournis par les malades sont vagues, indécis ou même trompeurs ! Bien plus, même avec des renseignements précis, même avec l'aveu d'une syphilis, doit-on, en se basant uniquement sur cet antécédent, affirmer la nature spécifique de la sténose ? Non ; parce que, à priori, il n'est pas interdit à un syphilitique de faire de la tuberculose rectale et, en second lieu, parce qu'il existe des faits où chez des syphitiques avérés porteurs de rétrécissements rectaux, le microscope a démontré dans leur rétrécissement l'existence de follicules tuberculeux et de bacilles de Koch. Lapointe a publié deux observations de ce genre dont nous donnons un résumé plus loin.

Il faut donc rechercher dans l'étude détaillée des symptômes les particularités qui peuvent permettre de trancher le diagnostic.

Un signe sur lequel j'ai insisté beaucoup au chapitre précédent et qui mérite, je le répète ici, d'acquérir une grande importance diagnostique, c'est la rectorragie et surtout la rectorragie solitaire, dans l'intervalle des selles, ne s'accompagnant pas de diarrhée, ni d'épreintes trop fréquentes comme c'est le cas dans la dysenterie.

Dans aucune autre catégorie de sténoses rectales on ne retrouve cet écoulement sanguin avec la même intensité ; et son existence bien constatée devra, par conséquent, faire fortement pencher le diagnostic du côté de la bacillose.

Il nous reste à voir si par le toucher rectal on peut arriver à différencier un rétrécissement ou une tumeur rectale tubercu-

leuse d'une atrésie syphilitique ou dysentérique ou bien des masses cancéreuses.

Pour le rétrécissement syphilitique, la chose est loin d'être facile. Les sensations que l'on éprouve à l'exploration sont à peu près les mêmes dans les deux cas. D'une façon générale le rétrécissement tuberculeux est plus long; il peut atteindre 7 ou 8 cm. Le rétrécissement syphilitique s'étend, au contraire, beaucoup moins en hauteur, en revanche il est peut-être plus serré. Mais il est aisé de comprendre qu'on ne puisse guère asseoir solidement un diagnostic sur de simples questions de plus ou de moins.

Dans les deux cas, en outre, on sent sur la paroi rectale des cannelures, avec, de loin en loin, de petites masses sessiles ou pédiculées et l'on ne peut, par suite, tirer de leur existence, dans tel ou tel cas, aucune conclusion.

Sourdille indique comme un bon moyen de diagnostic l'évolution même du rétrécissement. Il prétend que « dans la syphilis la coarctation a une tendance à devenir de plus en plus serrée, mais ne s'étend pas en hauteur, tandis que le rétrécissement tuberculeux est surtout caractérisé par une extension progressive en hauteur ».

J'avoue que le moyen qui consisterait, pour faire le diagnostic, d'attendre l'évolution des lésions serait au moins bizarre dans ce cas particulier, puisque les lésions ne progressent ici que très lentement et qu'on risquerait fort de ne pas être fixé de longtemps. En outre, il suffit de lire les observations des sténoses syphilitiques pour voir qu'elles atteignent des hauteurs aussi considérables que les atrésies tuberculeuses jusqu'à 8 ou 10 centimètres.

Quant aux bourrelets de végétations condylomateuses de la marge de l'anus que l'on donne comme caractéristique de la syphilis, il n'est pas possible de lui accorder la moindre valeur diagnostique, puisque j'ai montré au chapitre précédent, com-

bien ces petites tumeurs étaient fréquentes chez les tuberculeux ; elles sont signalées dans la plupart des observations.

Si au moins l'examen histologique d'un fragment du rétrécissement pouvait renseigner à coup sûr ! Mais s'il est vrai que la présence sur une coupe de follicules tuberculeux nous permette d'affirmer la nature du mal, il n'en est pas moins vrai aussi que nous ne sommes pas en droit de rejeter l'idée de tuberculose, si des cellules géantes ou des follicules ne se présentent pas à l'examen. Tous les auteurs qui se sont occupés de la question sont d'accord sur ce point, que les follicules tuberculeux sont très rares.

Aussi l'inoculation aux animaux de pus ou d'un fragment de la paroi rectale est-il le seul réactif infaillible.

Avec la dysenterie et le cancer, l'erreur est moins facile à commettre. La dysenterie, outre qu'elle est rarement cause de sténose, ne fait jamais des cicatrices étendues. Elle les fait plutôt sous forme d'éperon, de bride ou de valvule.

Le cancer, à cause des hémorragies qu'il entraîne, de l'état saignant de la muqueuse, peut prêter à confusion, et celle-ci a été faite (obs. X). D'une façon générale pourtant, les végétations du cancer sont plus volumineuses, plus molles ; il s'écoule un pus sanieux et fétide. L'évolution est plus rapide, et lorsque le mal a déjà envahi toute la circonférence de l'intestin, la cachexie a déjà apparu. Le cancer, *dit-on,* se développe à un âge plus avancé. Malgré tous ces signes, il ne sera pas toujours aisé de résoudre le problème, et ici, encore, c'est la bactériologie qui devra lever les doutes.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

A) Intestin grêle. Région iléo-cœcale et côlon. — Quelques mots à peine, en ce qui concerne l'intestin grêle. Nous avons vu que le diagnostic de la tuberculose hypertrophique à ce niveau était à peu près impossible. La tumeur fait défaut, et, seuls, des symptômes d'obstruction intestinale commandent l'intervention. C'est donc uniquement à l'occasion d'une laparotomie faite pour parer aux accidents de la sténose que l'on découvrira la masse cause de l'obstruction. Une fois la tumeur trouvée, grâce souvent à une exploration très méthodique de l'intestin, on réséquera une plus ou moins longue étendue de l'anse malade, et l'on réunira les deux bouts, soit par un bouton anastomotique, soit par une entérorraphie circulaire.

En ce qui concerne la région iléo-cæcale, la question de l'intervention chirurgicale semble actuellement parfaitement résolue. *A priori,* la forme d'une tumeur généralement assez bien limitée que revêt la tuberculose hypertrophique indique nettement qu'il est possible de supprimer les divers accidents d'obstruction et de suppuration par l'ablation pure et simple de la masse néoplasique. Pratiquement les faits sont là en très grand nombre qui plaident en faveur de l'action chirurgicale.

Entreprise les premiers temps dans des cas où l'on croyait avoir affaire à des cancers, la résection iléo-colique a donné,

entre les mains des premiers opérateurs : Suchier, Bouilly, Billroth, Czerny, etc., des résultats autrement brillants que dans les cas de carcinome. Les thèses de Benoît et de Baillet donnent déjà, en 1893, des statistiques favorables.

Encouragés par les premiers succès qui semblaient indiquer que le bénéfice opératoire devait être bien plus durable que pour les néoplasies malignes les chirurgiens ont, depuis 1892, multiplié les interventions, et les résultats qu'elles ont donnés n'ont pas démenti ceux de la première heure. Aussi, aujourd'hui, peut-on dire que le traitement chirurgical doit être tenté toutes les fois que des symptômes d'obstruction avec tumeur peuvent être rapportés à de la tuberculose intestinale.

Mais il existe, nous l'avons vu, une longue période où le diagnostic peut être hésitant. Il n'y a pas de tumeur ; il n'y a pas de rétrécissement. Les symptômes ne sont pas assez alarmants pour tenter une opération qui, malgré tout, comporte encore une gravité relativement considérable. Il faut avoir recours *au traitement médical*.

Nous n'en dirons que quelques mots, les moyens à mettre en usage ne différant point de ceux que l'on a coutume d'employer pour combattre les diverses tuberculoses. Ils s'adressent surtout à l'état général. La bonne hygiène, la suralimentation, l'huile de foie de morue auront pour but de combattre la dénutrition. Il faudra surtout faire un choix judicieux parmi les aliments, et conseiller ceux qui ne laissent qu'un faible résidu : le lait, les œufs, le jus de viande, les poudres alimentaires.

Quant aux médicaments proprement dits, tels que la créosote, le naphtol, le salicylate de bismuth, nous croyons qu'il est sage d'en user le moins possible. La créosote occasionne souvent des troubles dyspeptiques chez des tuberculeux qui ont eu jusque-là un bon tube digestif ; *a fortiori* en occasion-

nera-t-elle, croyons-nous, chez ceux dont l'estomac souffre du voisinage des lésions tuberculeuses intestinales.

Le naphtol est souvent cause de coliques intenses, de véritables délabrements intestinaux. On en a acquis la preuve dans le traitement de la fièvre typhoïde où la médication naphtolée a joui à un moment donné d'une faveur considérable. Broca, pourtant, dit s'en être bien trouvé dans un cas où il l'a associé au salicylate de bismuth.

Lorsque les douleurs se localiseront à la fosse iliaque droite ou en tout autre point sur le trajet du gros intestin, les révulsifs, soit vésicatoires, soit pointes de feu, pourront rendre des services. Mais tous ces moyens doivent céder le pas à une bonne hygiène et à une nourriture bien choisie.

Ce traitement médical si utile durant cette longue période qui précède l'apparition de la tumeur pourra aussi être institué lorsque le diagnostic de tuberculose localisée aura été porté. Mais dans ce cas, il faut bien se garder de le continuer longtemps et ne pas avoir en lui trop de confiance. S'attarder à l'emploi des moyens médicaux lorsqu'on a pu faire le diagnostic exact de tuberculose néoplasique limitée de la région iléo-cæcale serait s'exposer à perdre le bénéfice d'une intervention chirurgicale faite au début même du mal, intervention toujours infiniment moins grave que lorsque les lésions ont eu le temps de se constituer en une énorme et volumineuse tumeur.

Il faut donc opérer de bonne heure, si on a la bonne fortune de reconnaître le mal à ses débuts et si, sous l'influence du traitement médical, les lésions n'ont pas l'air de s'améliorer. Les cas favorables sont ceux où il existe une tumeur petite, mobile, d'une extraction alors toujours facile. Malheureusement, dans l'immense majorité des cas, on n'opère pas dans de telles conditions et le traitement chirurgical n'est plus alors un traitement de choix, mais un traitement imposé par des

circonstances graves, souvent même un traitement d'urgence.

Ce sont le plus souvent des phénomènes de sténose qui font indication à une intervention sanglante ; phénomènes le plus souvent d'obstruction lente ; quelquefois d'occlusion aiguë.

Ainsi, pour nous résumer, on peut ou on doit opérer :

1° Toutes les fois qu'en présence de légers symptômes de rétrécissement ou de coliques fréquentes, on peut arriver à diagnostiquer une tuberculose *limitée* de la région iléo-cæcale et du côlon et que le traitement médical n'a sur elle aucune influence ;

2° Lorsqu'il existe une tumeur avec des phénomènes locaux graves ;

3° Lorsqu'une attaque d'iléus se produit.

Y a t-il des contre-indications ? A coup sûr elles existent et se tirent surtout de l'état des poumons. Si, avec les lésions intestinales, co-existent des lésions pulmonaires avancées, des sueurs nocturnes, de la fièvre, de l'amaigrissement profond, il sera sage de s'abstenir. Si, au contraire, les poumons sont légèrement atteints, on ne devra pas hésiter à parer aux symptômes plus graves de l'intestin.

Il faudra aussi tenir le plus grand compte de l'existence ou de l'absence de la diarrhée. Celle-ci est-elle persistante, rebelle à tous les moyens, il est vraisemblable qu'indépendamment de la tumeur tuberculeuse, il existe d'autres lésions, probablement des ulcérations en très grand nombre. C'est là une complication très importante dont il importe de faire le plus grand cas, car la diarrhée pour ainsi dire incoercible amène le malade à un état de dénutrition des plus graves. De même l'abstention sera de mise lorsque les lésions, au lieu d'être nettement limitées, paraîtront diffuses.

Etant posées les indications et les contre-indications, voyons maintenant les divers moyens chirurgicaux dont nous disposons :

1° Avec une tuberculose bien limitée, on pourra faire l'ablation de la simple partie malade, la résection partielle de l'intestin.

2° Si la tumeur a envahi toute la paroi, c'est la résection totale qu'il conviendra de faire.

3° Des adhérences peuvent rendre impossible l'ablation de l'anse intestinale malade ; dans ce cas on établit une communication entre deux anses intestinales, l'une en aval, l'autre en amont de l'anse malade. C'est l'exclusion de l'intestin.

4° Enfin, la simple laparotomie (1).

Précisons chacune de ces méthodes opératoires et étudions leurs résultats.

1° Résection partielle de la paroi intestinale (Wandresektion). — Cette opération trouve son indication dans la localisation de la tumeur tuberculeuse à une faible étendue de la paroi du gros intestin. Elle a d'autant plus de chances d'être suivie de succès, que l'anse d'intestin offre un plus grand calibre. De la sorte on n'a pas à redouter un rétrécissement consécutif. A son sujet, Richelot disait à la Société de Chirurgie, en 1892 : « Une résection limitée de la paroi cæcale peut donner les meilleurs résultats. L'opération est délicate et laborieuse, mais elle est, sans doute, beaucoup plus sûre que les résections totales d'une portion plus ou moins longue de l'intestin.

» Les circonstances m'y ont amené sans préméditation, et je l'ai trouvée légitime et salutaire. »

Mais en raison même des conditions requises pour que cette opération soit pratiquable, c'est-à-dire tumeur limitée et dia-

---

(1) Nové-Josserand (*Lyon-Médical*, 1896). Nous ne connaissons que cette observation de tuberculose cæcale hypertrophique, guérie par la laparotomie. Voilà pourquoi nous ne consacrerons pas un paragraphe à part à cette méthode thérapeutique.

gnostic précoce toujours difficile, il n'est pas étonnant de n'en rencontrer qu'un très petit nombre d'exemples dans la littérature médicale. Un cas de Czerny, deux cas de Richelot constituent le bilan de cette intervention.

Technique. — Par une incision suivant l'axe du cæcum on tombe sur l'intestin. S'il y a des adhérences avec le péritoine pariétal on ouvre celui-ci avec prudence. On décolle avec le doigt la paroi intestinale et on attire le cæcum au dehors. Une fois la tumeur mise à nu, on la circonscrit par deux pinces à mors faibles, placées environ à 1 cent. au-dehors sur les parties saines. On dissèque alors la masse tuberculeuse qui s'enfonce plus ou moins dans l'épaisseur des tuniques et envahit jusqu'à la muqueuse.

On répare la perte de substance par plusieurs plans de suture à la soie fine : suture de Czerny ou de Wolfler.

Si c'est l'appendice qui est malade, il faut en faire la résection totale et faire la suture de la plaie cæcale, le tout suivant les méthodes ordinaires de résection appendiculaire que je n'ai pas à décrire ici.

Résultats.— Ils sont contenus dans le tableau ci-dessous. Nous pouvons noter trois succès et une récidive de fistule.

OPÉRATEUR ET DATE DE L'OPÉRATION	AGE, SEXE	NATURE DE L'INTERVENTION	RÉSULTAT	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
Czerny 17 juillet 1890	F. 17 ans	Résection partielle	Récidive de la fistule	Beitrage für Clin Chir., vol. 9.
Richelot 9 janvier 1891	H. 28 ans	Résection partielle	Guérison	*In* thèse Benoît.
Richelot 24 juin 1891	H. 20 ans	Résection partielle	Guérison	*In* thèse Benoît.
Terrier 12 mai 1891	F. 25 ans	Résection de l'appendice	Guérison	Pilliet et Hartmann, Soc. Anat., 1891
Soun 1888	H. 43 ans	Résection de la paroi pour fistule et tumeur.	Guérison	D'après Sachs, Arch. für Clin. Chir., 1892.

2° Résection totale. — Assurément, c'est la résection totale qui occupe le premier rang parmi les opérations pour gros intestins tuberculeux. Nous venons de voir combien les conditions permettant une résection partielle étaient difficilement réalisables ; d'autre part, les autres méthodes opératoires que nous décrirons ultérieurement, entr'autres l'exclusion de l'intestin, ne sont que des pis-aller auxquels on ne se résout que devant l'impossibilité d'enlever les parties malades. Aussi, toutes les fois qu'une tumeur tuberculeuse du gros intestin occupe la grande étendue de l'organe ; que, d'autre part, des adhérences n'en empêchent pas l'extraction, faut-il toujours avoir recours à la résection totale. Celle-ci comporte, il est vrai, par elle-même, un pronostic assez grave, mais nous verrons qu'on lui doit, en revanche, dans le cas particulier, un nombre relativement considérable de succès.

La rareté de la localisation tuberculeuse sur des points autres que l'anse iléo-cæcale nous permettra d'être très bref sur leur résection. Du reste, la question est, ici, bien simple. S'il s'agit du côlon transverse, on fera la résection suivant les procédés ordinaires d'entérectomie et on terminera par une anastomose bout à bout.

La résection iléo-cæcale nous occupera peu longtemps. Comme l'indique son nom, cette opération emporte l'extrémité terminale de l'iléon et la totalité du cæcum. Elle se termine de deux façons, soit par une anastomose de l'iléon et du côlon ascendant, soit par l'établissement d'un anus contre nature.

Technique opératoire. — Les détails complets ne rentrent pas dans le cadre de notre sujet. Après avoir esquissé les différents temps de la résection proprement dite, nous insisterons un peu plus sur les diverses méthodes suivies par les chirurgiens pour aboucher l'intestin grêle dans le côlon.

Sauf le cas d'occlusion aiguë avec météorisme énorme et impossibilité de pouvoir, soit par le palper, soit par les anamnestiques, être fixé sur le siège de l'agent de l'occlusion, cas dans lequel l'incision médiane est de mise au moins comme incision exploratrice, il faudra toujours faire l'incision latérale. Elle sera suivant l'axe de la tumeur, quand celle-ci sera nettement perceptible ; sinon on devra utiliser l'incision iliaque qui sert à l'ouverture des abcès péri-cæcaux ou à la colostomie cæcale. Elle est, comme on le sait, parallèle à l'arcade crurale à un ou deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque, mi-partie au-dessus de cette épine, mi-partie au-dessous. Sa longueur doit être d'environ 10 à 15 cent. S'il y a trajet fistuleux, on le cerne par une incision elliptique.

Une fois la région bien mise à découvert, il faut hernier autant que possible hors du ventre toute la portion intestinale sur laquelle va porter la résection. La dissection de la tumeur comporte une foule de détails qui varient avec chaque cas particulier ; les adhérences seront liées si elles le méritent. Si le méso-cæcum est trop court pour permettre de tirer au dehors, il suffira de sectionner, comme le fit dans un cas M. le professeur Tédenat, un des feuillets de ce méso pour rendre l'énucléation plus facile. Les anses intestinales voisines seront protégées par des compresses aseptiques, et une fois la tumeur hors du ventre, on procédera à sa résection.

On fera sur l'iléon une coprostase double avec des pinces garnies de gaze ; on en fera de même sur le côlon. Section de l'iléon entre les deux pinces, asepsie des tranches, puis section oblique du mésentère jusqu'à la fossette sous-cæcale. A ce moment, il faut se souvenir que l'uretère et les gros vaisseaux sont proches. On coupe le péritoine à partir de la fossette sous-cæcale, en soulevant au fur et à mesure le côlon jusqu'au point où portera la section. Les vaisseaux sont pincés et le côlon est sectionné entre les deux pinces qui l'étreignent.

Dans le fond de la plaie, entre les deux feuillets péritonéaux, on cherche les masses ganglionnaires et on les extirpe le plus loin possible. Les deux lèvres de la section mésentérique pourront être réunies par un fin surjet, comme le pratique M. le Professeur Tédenat. La résection proprement dite est dès lors terminée.

On peut finir l'opération, soit en établissant un anus contre nature, soit en suturant l'un à l'autre les deux bouts de l'intestin.

1° Anus contre nature.— L'indication de l'anus contre nature ne doit être posée que lorsque le malade, affaibli, est incapable de supporter une opération d'une durée trop grande. En réalité on fait une véritable opération en deux temps, dont le premier est constitué par l'établissement de l'anus, et le second, par sa cure radicale à une échéance plus ou moins longue. La technique de l'entérostomie ne prête ici à aucune considération particulièrement intéressante. Les deux bouts intestinaux adossés seront amenés dans la plaie et suturés à la paroi, la méthode de suture restant indifférente.

2° *Entérorraphie.* — Il s'agit de réunir par une rangée de sutures le bout intestinal grêle au gros intestin. Plusieurs méthodes sont à la disposition du chirurgien.

1° Anastomose bout à bout ;

2° Implantation de l'intestin grêle sur les flancs du cœcum, dont on a préalablement oblitéré l'orifice de section ;

3° Entéro-anastomose entre l'iléon et le côlon, après fermeture des deux orifices.

a) Anastomose bout à bout. — L'opération est simple, lorsque les deux orifices sont égaux ou à peu près. On utilisera alors, soit les boutons anostomotiques (Murphy, Villard, Destot, Duplay et Cazin), soit l'entérorraphie circulaire. Celle-ci

n'offre pas ici les mêmes inconvénients que sur l'intestin grêle. L'oblitération du calibre intestinal n'est pas à craindre. Les observations que nous publions à la fin de notre travail montrent qu'elle a donné à M. Tédenat d'excellents résultats dans deux cas ; c'est du reste le procédé qui a été le plus souvent employé.

Personnellement nous donnerions volontiers la préférence au bouton de Murphy, à cause de la rapidité de son application.

La difficulté est plus grande lorsqu'il y a inégalité des deux orifices iléal et colique, l'orifice colique étant presque toujours le plus large. Pour arriver à ébaucher quand même bout à bout ces deux orifices inégaux, de très nombreux procédés peuvent être mis en usage qui tous se ramènent aux deux idées suivantes : rétrécissement de l'orifice trop large du côlon ou élargissement de l'orifice trop étroit de l'iléon.

Il ne rentre pas dans notre sujet de décrire, dans leurs moindres détails, les divers petits moyens proposés pour rétrécir l'orifice trop large du côlon : le procédé du pli de Billroth, le procédé par excision de Madelung, les procédés par invagination de Doyen et de Maumsel. Le plus simple encore consiste à suturer l'iléon au côlon, en adaptant seulement la circonférence complète de l'iléon à une portion de la circonférence du côlon et en suturant l'une à l'autre les lèvres de la section, qui n'ont pu être utilisées pour la suture à l'iléon.

Pour élargir l'intestin grêle trop étroit on peut, ou bien sectionner obliquement l'iléon aux dépens de son bord libre, ou bien le fendre longitudinalement et écorner ensuite les angles. Ni l'une ni l'autre de ces méthodes n'est recommandable.

b) Implantation de l'orifice de l'iléon sur les flancs du côlon. — Ici encore, comme pour l'entérorraphie circulaire avec orifices égaux, nous avons deux méthodes : les sutures et les boutons anastomotiques.

Le procédé par suture est celui de Jeset. Il mérite d'être signalé au seul titre de mémoire. Roux de Lausanne l'a utilisé en le modifiant légèrement. L'application du bouton anastomotique ne diffère pas ici de ce qu'elle est d'ailleurs.

Le procédé d'implantation latérale d'une exécution lente et difficile doit céder le pas, soit à l'anastomose bout à bout, soit à l'entéro-anastomose.

3° *Entéro-anastomose.*— Il faut au préalable fermer les deux orifices de section. On fait ensuite l'anastomose latérale, soit par les multiples procédés de sutures (Maisonneuve, Braun, Chaput), soit par les boutons anastomotiques, en particulier celui de Derocque, qui trouve ici son application toute particulière, soit par les plaques, absorbables ou non (Senn, von Barucz).

Tuffier, dans le cas de tuberculose dont il a publié l'observation dans la *Revue de gynéc. et de chir. abdom.*, a donné en détail la description d'un procédé d'entéro-anastomose qu'il a employé et qui paraît très recommandable. Nous rapportons plus loin cette observation.

Tableaux.

3° *Résultats fournis par la résection totale*

OPÉRATEUR ET DATE DE L'OPÉRATION	SEXE, AGE	SIÈGE DE LA TUBERCULOSE	OPÉRATION MODE D'ANASTOMOSE	RÉSULTAT	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
Czerny 12 juin 1886	F. 34 ans	Tumeur tub. de la région iléo-cæcale.	Résection 3 cm. iléon et 14 cm. de côlon. Entérorraphie circulaire	Guérison. Quatre ans après, malade en bonne santé.	Beiträge für Clin. Chir., 1890
Czerny 30 juin 1886	H. 54 ans	Région cæcale et côlon ascendant.	Résection 9 cm. d'intest. Blessure de l'uretère. Néphrectomie. Entérorraphie circulaire.	Péritonite.	Loc. cit.
Suchier 10 novembre 1887	H. 32 ans	Région iléo-cæcale.	Résection iléo-colique, 20 cm. d'intest. Entérorr. circul.	Guérison. Bonne santé un an après	Berlin Klin. Woch., 1889
Bouilly 6 décembre 1887	F. 44 ans	Région iléo-cæcale.	Résection 6 cm. iléo et 10 cm. de côlon. Entérorr. circulaire.	Guérison.	Benoît., th. de Paris, 1893.
Kocher 21 décembre 1887	F. 25 ans	Tubercule de l'intestin grêle avec sténose étroite et ulcérations.	Résection.	Guérison.	Sachs. Deutsche. Zeitschr. für Chir., 1891, vol. 30.
Czerny 11 février 1888	H. 22 ans	Région iléo-cæcale.	Résection. Entérorr. circulaire.	Guérison.	Loc. cit.
Tédenat 10 janvier 1889	H. 31 ans	Région iléo-cæcale.	Résection 10 cm. Anastomose latérale bout à bout.	Guérison.	Observ. I.
Durante 8 mars 1889	F. 56 ans	Région iléo-cæcale.	Résection. Entérorr. circul.	Guérison.	Wiener Med. Presse, 1889, d'après Conrath.

OPÉRATEUR ET DATE DE L'OPÉRATION	SEXE. AGE	SIÈGE DE LA TUBERCULOSE	OPÉRATION MODE D'ANASTOMOSE	RÉSULTAT	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
Gussembauer 17 mai 1889	H. 34 ans	Région iléo-cæcale.	Résection. Entérorr. circul.	Guérison.— Maintenue jusqu'en 1894. A ce moment récidive. — Nouvelle extirpation le 16 juillet 95. Guérison. Bonne santé en juin 1897.	Fink. Prag. Med., Woch, 1890, et Conrath Beiträge, 1898.
Billroth 10 juillet 1889	H. 35 ans	Région iléo-cæcale.	Résection 12 cm. côlon et 4 cm. iléon.	Guérison.	Salzer. Archiv. für Clin. Chir., 1892.
Billroth 12 juillet 1889	H. 34 ans	Tub. iléo-cæcale.	Résection. Entérorr. circul.	Mort le 28 juillet de septicémie. — Abcès sous-phrénique s'ouvrant dans la cavité pleurale droite.	Salzer. — Loc. cit,
Gussembauer 30 août 1889	H 27 ans	Région iléo-cæcale.	Résection. Entérorr. circul.	Guérison.	Fink.— Loc. cit.
Billroth 19 décembre 1889	H. 39 ans	Région iléo-cæcale.	Résection. Entérorr. circul.	Guérison. Maintenue en mai 1890	Salzer. — Loc. cit.
Tédenat 10 janvier 1890	F.	Cæcum.	Résection. Entérorr. circul.	Mort.	Observ. II.
Billroth 10 février 1890	H. 54 ans	Région iléo-cæcale. Combinaison de tuberc. et de cancer.	Résection 13 cm. côlon et 7 cm. iléon.	Mort 6 mois après. Récidive cancéreuse.	Salzer. — Loc. cit.
Kœnig 23 janvier 1890	H. 24 ans	Intestin grêle.	Résection 12 cm.	Guérison maintenue 1 an après.	Kœnig. — Loc. cit.

OPÉRATEUR ET DATE DE L'OPÉRATION	SEXE, AGE	SIÈGE DE LA TUBERCULOSE	OPÉRATION MODE D'ANASTOMOSE	RÉSULTAT	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
Czerny 8 mars 1890	H. 54 ans	Région iléo-cæcale.	Résection 33 cm. Entérorr. circul.	Guérison.	Czerny. — Loc. cit.
Roux 10 mai 1890	F. 28 ans	Cæcum et côlon ascendant.	Résection 8 cm. d'iléon du côlon ascendant et d'une portion du côlon transverse. Entérorr. circul.	Guérison. Simple fistulette à la sort.	Revue méd. Suisse romane, 1891. D'après Benoit. Loc. cit.
Kœnig 23 septembre 1890	F. 31 ans	Côlon transverse.	Résection de 17 cm. de côlon transverse. Entérorr. circul.	Mort.	Kœnig. Loc. cit.
Kœnig 17 décembre 1890	H. 26 ans	Intestin grêle	Résection 7 cm. Intestin grêle.	Guérison.	Kœnig. Loc. cit.
Hofmokl 29 juin 1890	H. 32 ans	Région iléo-cœcale	Résection. Entéror. circulaire.	Guérison.	Wien. Klin. Woch., 1890
Reclus 1890	F.	Région iléo-cæcale. Résection.	Résection Anus contre nature.	Guérison. Mort 2 mois après, à la suite d'une résection pour cure de l'anus artificiel.	Benoit. Loc. cit.
Obalinski 12 février 1891	»	Cæcum	Résection.	Guérison. Bonne santé 2 ans après.	Arch de Langenbeck, vol. 48.
Beck mars 1891	F. 31 ans	Cæcum	Résection.	Guérison.	Annals of Surgery, 1884.
Franck 23 juillet 1891	F. 22 ans	Cæcum.	Résection Entéror circul.	Guérison.	Wien. Klin. Woch., 1892.

OPÉRATEUR ET DATE DE L'OPÉRATION	SEXE, AGE	SIÈGE DE LA TUBERCULOSE	OPÉRATION MODE D'ANASTOMOSE	RÉSULTAT	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
Tédenat 25 juillet 1891	F. 26 ans	Cæcum.	Résection Anastomose latérale.	Guérison.	Observation II
Broca 28 août 1891	H. 41 ans	Cæcum.	Résection.	Mort le lendemain. Insuffisance des sutures.	Communication de Hartmann, Soc. Anat., 1892.
Kœnig 6 septembre 1891	F. 52 ans	Intestin grêle.	Résection 14 cm.	Guérison.	Kœnig. — Loc. cit.
Sachs 12 novembre 1891	F. 41 ans	Région iléo-cæcale.	Résection Entérorr. circul.	Guérison.	Arch. de Langenbeck, 1892.
Körte 16 septembre 1891	H. 25 ans	Iléo-cæcum et côlon ascendant.			Archiv. für Clin. Chir., 1894.
Czerny 15 décembre 1891	H. 26 ans	Région iléo-cæcale.	Résection.	Guérison. Bonne santé 1 ans après.	Czerny, Beiträge, 1892.
Czerny 5 mars 1892	H. 31 ans	Région iléo-cæcale.	Résection. Entérorr. circul.	Mort le 8 avril.	Czerny. — Loc. cit.
Czerny 23 mai 1898	F. 22 ans	Région iléo-cæcale.	Résection. Entérorr. circul.	Guérison.	Czerny. — Loc. cit.
Zahlmann 30 juin 1892	F. 17 ans	Région iléo-cæcale.	Résection 18 cm. iléon et 12 cm. côlon.	Guérison.	Centratblats für Chir. 1893.
Czerny 25 juillet 1892	F. 42 ans	Région iléo-cæcale.	Résection.	Péritonite légère. Guérison	D'après Schiller. Beiträge 1896, vol. 17
Broca 30 novembre 1892	H. 12 ans	Cæcum.	Résection de 20 cm.	Guérison.	Benoît. — Loc. cit.
Tédenat 8 juin 1893	H. 28 ans	Région iléo-cæcale.	Résection 18 cm. Anastomose bout à bout	Guérison.	Observation IV

OPÉRATEUR ET DATE DE L'OPÉRATION	SEXE, AGE	SIÈGE DE LA TUBERCULOSE	OPÉRATION MODE D'ANASTOMOSE	RÉSULTAT	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
Körte 23 juin 1893	F. 14 ans	Région iléo-cæcale.	Résection 10 cm. iléon et 12 cm. côlon ascendant.	Guérison. Mort le 3 mai 1894, de tubercul. pulmonaire.	Deutsche. Zeist. für. Chir., vol. 40.
Tandelenburg 7 août 1893	H. 38 ans	Région iléo-cæcale.	Résection 19 cm. iléon et 10 cm. côlon.	Guérison maintenue encore après 1 an.	Becker.— Deuts. Zeist. für. Chir., vol. 39.
Bazy 11 août 1893	H. 39 ans	Région iléo-cæcale.	Résection.	Mort.	Coquet. Th. de Paris. 1894
Esmarch 18 septembre 1893	F. 23 ans	Côlon transverse.	Résection 14 cm.	Guérison.	Mockenhaupt. Th. de Kiel, 1894.
Schonbom 14 février 1894	F. 51 ans	Région iléo-cæcale.	Résection. Inflammation latérale.	Guérison.	D'après Conrath. Loc. cit
Eiselsberg 20 février 1894	F. 29 ans	Côlon transverse.	Colostomie.	Guérison maintenue en octobre 1895.	Wiener Klin. Woch., 1896
Obalenski 25 avril 1894	F. 24 ans	Région iléo-cæcale.	Résection. Suture circulaire de l'iléon et du côlon transverse.	Guérison.	Centralblatt für. Chir., 1894
Marie 26 avril 1894	H. 39 ans	Région iléo-cæcale.	Résection. Anus contre nature.	Mort deux jours après.	Soc. anat , juin 1894.

OPÉRATEUR ET DATE DE L'OPÉRATION	SEXE, AGE	SIÈGE DE LA TUBERCULOSE	OPÉRATION MODE D'ANASTOMOSE	RÉSULTAT	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
Routier 5 juin 1894	H. 34 ans	Région iléo-cæcale.	Résection. Entérorr. circulaire.	Mort le 10 juin d'anurie.	*In* Th. Coquet, 1894.
Körte 17 juin 1894	H. 28 ans	Région iléo-cæcale.	Résection de 10 cm. d'iléon et 12 de côlon.	Guérison maintenue encore en avril 1895.	Körte. Loc. cit.
Körte 6 janvier 1895	F. 24 ans	Région iléo-cæcale.	Résection 2 cm. côlon et 10 cm. iléon.	Guérison contrôlée en avril 1895.	Loc. cit.
Tédenat 10 mai 1895	F. 28 ans	Région iléo-cæcale.	Résection. Anastomose latérale.	Mort le sixième jour.	Observation V
Czerny 13 novembre 1895	F. 50 ans	Région iléo-cæcale.	Résection. Entérorr. circulaire.	Guérison.	D'après Schiller. Loc. cit.
Czerny 15 mai 1896	H. 25 ans	Région iléo-cæcale.	Résect. 14 cm. anastom. au Murphy.	Mort quatre mois après.	D'après Schiller.
Tuffier 26 juin 1897	F. 38 ans	Région iléo-cæcale.	Résection Anastomose latérale.	Guérison.	Revue de Gynécol. et chir. abdominale. Août 1897.

3° Exclusion de l'intestin (1).— Lorsque les masses tuberculeuses sont trop adhérentes aux parties voisines pour être enlevées, on les abandonne dans la cavité abdominale et on établit la communication entre deux anses intestinales, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de l'anse malade. On exclut de la sorte la partie malade. Cette opération a reçu le nom d'*exclusion d'intestin* (Darmauschaltung des Allemands). Cette exclusion peut être incomplète ou complète ; incomplète, lorsque l'anse intestinale exclue ne sera pas fermée à ses deux extrémités et sera soumise, malgré l'anastomose des deux anses intestinales voisines, au passage possible des matières ; complète, lorsque toute communication avec le tube intestinal sera interrompue.

L'exclusion incomplète se réduit à une opération relativement simple. Il suffit, une fois bien constatée l'impossibilité d'enlever la masse néoplasique iléo-cæcale, de choisir une anse intestinale très rapprochée de l'iléon malade et de l'anastomoser latéralement, soit avec le côlon ascendant, soit avec le côlon transverse, par le procédé de Maisonneuve par exemple. Les résultats fournis par cette opération sont excellents et, à ce sujet, on peut dire avec Conrath (2) : « Les résultats, tant immédiats que tardifs, de l'exclusion incomplète pour tumeur cæcale tuberculeuse, doivent, à tous égards, compter parmi les meilleurs. »

Dans 8 cas on est intervenu par cette méthode et 8 fois il y a eu guérison. Dans un cas (Körte) (3), l'exclusion incomplète, faite pour tumeur et trajet fistuleux, rendit la tumeur extrêmement mobile au bout d'un certain temps, en même temps que l'état général se relevait. Elle permit ainsi de faire plus tard la résection totale pour guérir la fistule.

---

(1) Hegdenreich.— *Semaine médicale* 1897.

(2) Conrath. — *Beitrage f. Clin. chir.*, 1898.

(3) Körte. — *Deutsche*, vol. 40, p. 559.

L'exclusion complète de l'anse intestinale malade exige sa fermeture à ses deux bouts supérieur et inférieur ; après quoi, on réunit l'un à l'autre les deux bouts de la partie d'intestin, qui doit continuer à fonctionner : le bout iléal et le bout colique. De la sorte, les matières fécales ne passent plus d'aucune façon dans l'anse intestinale exclue. En cela, réside la différence fondamentale avec l'exclusion incomplète.

L'anse exclue ne pouvant être désinfectée et débarrassée des matières qu'elle contient, on s'est demandé si une intoxication, due à la décomposition de ces matières intestinales emprisonnées, n'était pas à redouter; si, d'autre part, la sécrétion intestinale dans cette anse n'était pas, elle aussi, un danger par son abondance parfois considérable. Voilà pourquoi la plupart des chirurgiens ont renoncé à l'exclusion complète, avec abandon pur et simple de l'anse malade. On a cherché à remédier aux inconvénients de l'exclusion absolue en établissant une fistule permettant l'issue des matières sécrétées et emprisonnées. C'est là le principe : la manière d'établir la fistule varie suivant les opérateurs. On pourra pratiquer une double fistule aux dépens du bout supérieur et du bout inférieur de l'anse exclue, ou bien on se contentera d'une seule fistule en choisissant, soit le bout supérieur, soit le bout inférieur de l'anse. Si une fistule existe déjà, il paraît évident que l'on devra l'utiliser.

Cette exclusion, avec établissement d'une fistule, a été appelée, fort improprement du reste, exclusion partielle.

Résultats :

Les résultats de l'exclusion complète sont, comme ceux de l'exclusion incomplète, très encourageants, puisque sur 5 cas opérés par ce procédé il n'y a eu qu'une mort ; deux fois on a pratiqué l'exclusion absolue ; les trois autres fois une fistule a été constituée aux dépens des deux bouts de l'intestin exclus.

OPÉRATEUR ET DATE DE L'OPÉRATION	SEXE, AGE	NATURE DE L'INTERVENTION	RÉSULTAT	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
Hacker 6 août 1887	F. 15 ans	Exclusion incomplète iléo-cæcale	Guérison. Maintenue encore un an après.	Wiener Klin. Woch., 1889, d'après Hochenneg (Wiener Klin. Voch., 1895).
Obalinski 13 août 1887	F. 30 ans	Trois opérations : 1° Entérostomie, 2° Fermeture de l'anus contre nature, 3° Entéro-anastomose	Guérison. Mort de tube pulmonaire quelques mois après.	Archiv. de Langenbeck, vol. 48.
Riedl 1888	»	Exclusion incomplète	Guérison	Centralblatt für Chir. 1890
Frank 23 juillet 1891	F. 25 ans	Exclusion complète, fistule constituée aux dépens des 2 bouts de l'anse exclue.	Guérison	Wiener Klin. Woch., 1892
Frank 20 mars 1892	F. 25 ans	Exclusion complète de l'intestin (1 mèt.)	Guérison	*Idem*
Hochennegg 11 avril 1894	H. 47 ans	Exclusion incomplète Iléo-colostomie	Guérison. Un an après bonne santé. Aucune trace de tumeur. — Selles normales.	Wiener Klin. Voch., 1895
Czerny 23 juillet 1894	F. 40 ans	Exclusion incomplète Anastomose côlon ascendant et iléon.	Guérison. Bonne santé en août 1896.	D'après Schiller. — Beiträge für Clin. Chir., 1896, p. 659.
Fünke 1er nov. 1894	H. 39 ans	Exclusion complète, suture des 2 bouts de l'anse. Implantation de l'iléon dans le côlon transverse.	Guérison	Prages Med. Woch., 1895
Gessner 1895	F. 45 ans	Exclusion incomplète Iléo-cotostomie	Guérison	Central. für chir. 1896
Israël 10 mai 1895	F. 20 ans	Exclusion incomplète Iléo-colostomie	Guérison. La tumeur au bout de 7 mois avait diminué.	Central. für chir. 1896, p. 90.
Conrath 6 sept. 1895	F. 35 ans	Exclusion totale, suture des deux bouts.	Mort qq. heures après	Beiträge für Clin. Chir., 1898
Wiesinger 1896	F. 16 ans	Exclusion complète	Guérison	Münchner Med. Woch. 1896. D'après Hofmeister, Beiträge, 1896.
Wolfler 10 juin 1896	F. 32 ans	Exclusion complète, fistule constituée aux dépens des 2 bouts de l'anse exclue.	Guérison opérat. Amélioration considérable au bout d'un an. Diminution de la tumeur.	Conrath. — Beiträge, 1898.
Czerny 19 juin 1896	H. 33 ans	Exclusion incomplète anastomose au bouton de Murphy de l'iléon et du côlon transverse.	Guérison	D'après Schiller Beiträge, 1896.
Eiselsberg 25 juin 1896	H. 37 ans	Exclusion complète, fistule aux dépens des deux bouts.	Guérison immédiate. Mort d'hémoptysie 2 mois après.	Archives de Langenbeck, 1897.

B) Rectum. — Autant les interventions chirurgicales sur la région iléo-cæcale tuberculeuse comptent de merveilleux succès à leur actif, autant, par le petit nombre de cas que l'on possède encore, est-il permis de penser qu'une thérapeutique chirurgicale sanglante aura moins de prises sur le rectum.

Nous avons dit plus haut qu'un des caractères essentiels de cette tuberculose sténosante du rectum était d'envahir progressivement toute sa hauteur. Elle s'étend très loin, jusqu'à atteindre le côlon iléo-pelvien. Ces raisons expliquent suffisamment à notre avis pourquoi, à l'exception de l'extirpation totale, qui semble avoir donné un ou deux résultats, les autres méthodes de traitement *direct* des rétrécissements ont été absolument stériles.

On a essayé la dilatation, à qui l'on doit tant de succès dans le traitement des sténoses syphilitiques ou inflammatoires. Elle est impuissante contre la tuberculose, contre son extension progressive et presque fatale. La rectotomie externe n'a pas donné de meilleurs résultats. Il faut reconnaître que cette dernière opération peut donner un bénéfice immédiat, la section du rétrécissement amenant une diminution des douleurs, des selles faciles, etc. Mais combien peu durable cette amélioration ! La tumeur ne tarde pas à se reformer et la sténose à se faire. Ce n'est donc qu'une opération palliative coupant court momentanément aux accidents d'obstruction et rien de plus. Encore est-elle inapplicable dans les cas de lésions montant très haut ce qui n'est pas rare.

L'extirpation totale *paraît* être l'opération de choix ; mais il y a des conditions requises pour que celle-ci soit possible et profitable. Pour enlever toute la tumeur, il faut qu'elle soit située bas et n'offre pas une étendue trop grande. Si l'infiltration tuberculeuse remontait trop haut, l'opération, outre les périls qu'elle entraînerait, serait fatalement incomplète. La difficulté justement est de savoir jusqu'où remontent les lésions. Le

doigt ne peut guère explorer que les dix ou douze premiers centimètres et le cathétérisme explorateur ne renseigne pas sur l'état des parois rectales. Au point de vue clinique néanmoins cela est suffisant et on ne doit pas tenter d'enlever par la voie périnéale des rétrécissements tuberculeux dont le niveau s'élève à plus de douze centimètres.

L'opération de Kraske conviendrait surtout aux cas où des lésions de siège élevé laisseraient intacte la zone sphinctérienne. Elle offrirait, en outre, l'avantage, à cause de la voie large qu'elle ouvre, d'enlever en même temps que le rectum, les tissus périrectaux, les ganglions caséifiés jusque dans le méso.

Il est bien entendu, d'autre part, qu'une opération aussi grave que l'extirpation du rectum ne saurait convenir lorsque les malades sont très affaiblis ou qu'il y a des accidents graves d'obstruction intestinale qui exigent le rétablissement immédiat du cours des matières.

Les indications de l'extirpation du rectum sont, comme on le voit, très limitées, et peut-être conviendrait-il d'en restreindre encore les limites, si de nouveaux faits analogues à celui de M. Tédenat venaient confirmer la récidive possible malgré les ablations larges.

Reste à examiner la question de la colotomie, de la colotomie iliaque évidemment, l'anus de Callissen étant aujourd'hui définitivement délaissé. D'une façon générale l'anus artificiel est considéré comme un traitement désespéré auquel on n'a recours que dans les cas où les autres méthodes sont inapplicables. La seule raison invoquée du reste est le dégoût qu'impose un anus contre nature.

Ne faudrait-il pas revenir un peu sur cette opinion et considérer la colotomie comme une véritable méthode thérapeutique pouvant donner de bons résultats? Nous venons de voir combien la méthode de l'exclusion intestinale était profitable

aux tuberculoses iléo-cæcales et de quels succès on lui était redevable. Par la colotomie, également, on fera une véritable exclusion du rectum. Les matières fécales n'irriteront plus les parties malades, l'élément inflammatoire surajouté aux lésions tuberculeuses pourra s'atténuer considérablement. Et, au fait, c'est bien là ce que l'on observe.

Sous son influence les douleurs se calment, le ténesme disparaît, les écoulements se tarissent presque et l'état général se remonte. L'issue des matières par l'anus artificiel est certainement une bien grave infirmité. Mais est-on certain, à la suite d'une extirpation, de ne pas avoir un anus incontinent? à moins que le rétrécissement peu étendu en hauteur soit juste situé au-dessus de la région sphinctérienne absolument saine. En définitive, une infirmité vaut bien l'autre ; d'autant plus que l'anus artificiel iliaque, pratiqué d'une certaine façon (Hartmann), est souvent capable d'une continence relative.

Si, dans les rétrécissements syphilitiques ou inflammatoires, l'anus iliaque n'est souvent que temporaire, s'il ne constitue qu'un temps préliminaire de la dilatation ou de l'extirpation, nous ne pensons pas qu'il doive en être de même lorsqu'il s'agit de tuberculose, sur laquelle la dilatation n'a aucune prise. Alors l'anus iliaque devient définitif. Ne pourrait-on pas alors, comme le propose Sourdille, peut-être fort justement, arrêter la marche envahissante du processus tuberculeux par les caustiques ordinaires employés contre la tuberculose : chlorure de zinc, naphtol camphré, etc., que l'on porterait directement sur les lésions? Par ce moyen on exagérerait sans doute la sténose ; mais qu'importe ! puisque le rectum ne doit plus faire partie du tube intestinal. C'est une masse tuberculeuse toujours menaçante par sa seule présence, et il ne nous paraît pas sans importance de chercher, par des cautérisations répétées, à la transformer en un bloc purement scléreux.

Observation Première

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat. — Inédite)

Tuberculose du cæcum à forme hypertrophique. — Résection. — Guérison après fistulette qui mit un mois à s'oblitérer.

Jean C..., employé de commerce, 31 ans. Pas de renseignements sur ses antécédents de famille. Fièvre typhoïde à 20 ans. Depuis deux ans, constipation et de loin en loin coliques vives suivies de débâcles. Il y a six mois, un peu de sang dans les selles, sans hémorroïdes. Dyspepsie habituelle. Amaigrissement.

Le malade est adressé à M. Tédenat par le docteur Bourguet, le 3 janvier 1889. Il est très amaigri, en proie à des sueurs nocturnes très abondantes. Sa constipation nécessite l'emploi de laxatifs et d'un ou deux lavements quotidiens.

Respiration rude aux deux sommets. Rien au cœur. Ventre ballonné. On voit, par moment, des anses intestinales dessiner leurs mouvements. Tumeur du volume du poing occupant la fosse iliaque droite, atteignant la ligne médiane à deux doigts au-dessous de l'ombilic, arrivant presque au contact de la partie moyenne de l'arcade crurale. La tumeur, arrondie, légèrement mobile dans le sens transversal, finement bosselée, présente à la percussion une sonorité sourde.

Opération le 10 janvier. — Purgation au calomel l'avant-veille. Régime lacté depuis plusieurs jours. Anesthésie à l'éther. Incision oblique en bas et en dedans croisant sous un angle très aigu le grand axe de la tumeur. Quelques adhérences récentes, entre le cæcum et l'intestin grêle, faciles à décoller. Pas d'épanchements, pas de dépôts fibrineux. Le cæcum est d'aspect grisâtre avec de fines bosselures. Compresses aseptiques humides pour limiter le foyer opératoire et retenir l'intestin grêle.

En faisant des tractions pour attirer l'intestin au dehors. M. Tédenat constate qu'il y a un méso-cæcum court. Le feuillet interne est sectionné à 1 cent. du bord interne du cæcum. Quatres ligatures sont appliquées sur des vaisseaux au ras du cæcum et de la portion terminale de l'iléon. Alors il est facile d'attirer au dehors le cæcum

et les parties contiguës de l'iléon et du côlon. Application de pinces coprostatiques recouvertes de gaze iodoformée. Résection iléo-colique. Ablation de quelques ganglions tuméfiés au niveau de l'angle iléo-colique. Anastomose bout à bout. Suture en surjet à 10 points de la section péritonéale.

L'opération a duré 50 minutes.

Potion avec 3 centigrammes de morphine. Eau glacée.

Pendant les trois premiers jours le malade va bien, sans douleurs, sans vomissements. La température atteint 39°1, le pouls oscille entre 96 et 105. Le malade prend des lavements nutritifs, du champagne.

Le 14.— Un peu de lait, colique le soir ; besoins d'aller à la selle, nausées, malaise. Pouls à 120. T. 38°1. Ces accidents disparaissent après un lavement chaud, qui amène une abondante évacuation.

15.— Nuit bonne. T. 37°1, 37°9. Pouls à 100. Champagne et lavements nutritifs.

24.— Depuis huit jours le malade prend environ un litre de lait et deux bols de bouillon. Digestion facile. Selle tous les jours ; pas de douleurs ; pas de fièvre.

Pansement, réunion immédiate.

28.— Petit abcès à la partie inférieure de l'incision.

Une petite fistule persiste jusqu'au 12 février et cesse après l'ablation d'un fil profond. Le malade quitte l'hôpital en bonne santé le 4 mars 1889.

Examen de la pièce.— Le cæcum a, à sa partie moyenne, une circonférence de 14 cent. La portion réséquée a une longueur de 10 c., 3 pour l'iléon qui est sain, 6 pour le côlon dont les quatre premiers centim. seuls sont altérés. La paroi est ferme. Sa coupe est grisâtre avec des *nodules caséeux* au nombre de cinq. Son épaisseur varie de 3 à 5 cent. La face interne présente des nodules grisâtres, polypoïdes; la valvule est remplacée par une masse fibreuse, épaisse, noduleuse avec deux ulcérations profondes. Sur la muqueuse moins altérée du côlon existent quelques tubercules disséminés, jaunâtres et quelques ulcérations superficielles.

L'examen microscopique n'a pas été fait ; mais l'examen à l'œil nu des coupes met hors de doute la nature tuberculeuse.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat. — Inédite)

Tuberculose hypertrophique du cæcum. Résection. — Mort 3 jours après.

Louise Cez..., ménagère, entre à l'hôpital, le 4 janvier 1890.

Antécédents héréditaires. — Bons : père vivant, mère morte à la suite d'un refroidissement, frère et sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure ; réglée à 13 ans sans douleurs ; depuis lors les règles sont régulières, durent 3 à 4 jours. Mariée à 19 ans, 3 grossesses, toutes trois à terme et terminées par la naissance d'enfants vivants ; tous les trois sont morts en bas-âge, de maladie inconnue.

Il y a trois ans, la malade ressentit dans la fosse iliaque droite des picotements, en même temps des tiraillements dans les reins pendant un mois. Constipation habituelle. Depuis deux mois gêne dans la marche.

Etat actuel.— Femme de taille moyenne, bien constituée, encore assez grasse, bien qu'elle dise avoir maigri ; la physionomie est colorée ; peu d'appétit.

Douleurs marquées dans la fosse iliaque droite, spontanées et à la pression. Menstruation peu abondante. Au toucher vaginal, l'utérus paraît mobile, le col légèrement ouvert et induré, les culs-de-sac libres.

Dans la fosse iliaque droite on sent une tumeur remontant au niveau de l'ombilic et atteignant la ligne médiane. Elle paraît adhérer au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure et à la partie externe du ligament de Fallope. La tumeur est dure, lisse, la peau est très mobile au-devant de la tumeur. En arrière d'elle on peut passer la main en refoulant la paroi abdominale. Une intervention est acceptée.

7 janvier.— Incision oblique de haut en bas et de dedans en dehors, commençant à 0,02 cm. de l'ombilic et mesurant 12 cm. environ. On arrive sur une masse graisseuse qui n'est pas autre chose que l'épiploon fortement épaissi et dont une sorte de prolongement inférieur s'enfonce et se fixe derrière le pubis. Ligature et section de ce prolongement. On tombe alors sur une masse dont font partie la fin de

l'iléon et le cæcum. L'intestin est fixé au-dessus et au-dessous de la masse entre les mors de deux pinces courbes et la masse est réséquée. Ablation de l'extrémité inférieure du tablier épiploïque, qui est fortement épaissi et induré. Il reste encore des masses dures que l'on ne retire pas, appliquées au fascia iliaca. Les ganglions lombaires sont engorgés. Entérorraphie circulaire.

Suture de la moitié supérieure de l'incision. Une mèche de gaze iodoformée faisant drainage est introduite dans la plaie et ressort par son extrémité inférieure.

La malade ne paraît pas fatiguée à son réveil.

Le soir, T. 37,2. Pas de vomissements.

8. — T. matin : 37,9 ; T. soir : 37,5. Pouls 116.

La malade n'a pas dormi, elle se sent très affaiblie, se plaint de colique à gauche.

9 — La malade a vomi un peu de lait ; quelques gargouillements intestinaux ; pas de douleurs dans le ventre.

10. — La malade est plus abattue qu'hier. Elle a rendu un ou deux gaz dans la nuit. Pouls petit et rapide. Douleurs très violentes, surtout à gauche. Mort dans la nuit.

Examen des pièces. — La partie enlevée se compose de 0,08 cm. d'instestin grêle et des trois quarts du cæcum, l'appendice y compris.

L'intestin grêle a des parois épaissies, dures, d'un blanc-fibreux à la coupe. Toute la paroi postérieure du cæcum forme une masse dure, bosselée, dont l'épaisseur varie selon les points de 0,02 à 0,04 cm.

On a enlevé aussi un gros bloc d'épiploon qui présente les mêmes altérations. Le péritoine, les ganglions étaient envahis, présentant plusieurs noyaux adhérents. Le péritoine pariétal est envahi et épaissi, de même que le fascia iliaca jusqu'au rebord de l'os iliaque.

L'examen microscopique fait par M. Kiener a fait constater des cellules géantes rares et quelques follicules tuberculeux.

Autopsie. — Faite quelques heures après la mort. A l'ouverture de la cavité abdominale, pas de lésion de péritonite aiguë. Dans la fosse iliaque droite, masses dures, tendues sur le muscle iliaque et le long du psoas.

Utérus et annexes unis par des adhérences nombreuses. A droite, notamment, la trompe et l'ovaire semblent se continuer avec le paquet fibreux signalé au niveau du psoas.

La suture intestinale n'a pas donné issue à des matières fécales ; la masse intestinale est considérablement distendue, ballonnée par des gaz.

Observation III

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat. — Inédite)

Tuberculose du cæcum à forme hypertrophique. — Résection iléo-colique. — Guérison.

Jeanne C..., 26 ans. Constitution délicate. Réglée à 16 ans. Célibataire. Pas de grossesse. Pas d'antécédents tuberculeux connus dans sa famille.

Depuis un an, constipation habituelle avec de petites débâcles de temps en temps. Coliques fréquentes occupant surtout la portion droite de l'abdomen. Souvent pus et glaires dans les matières fécales. Jamais de véritable hémorragie intestinale. Dyspepsie. Il y a trois mois, nausées, vomissements, constipation. Des lavements et un purgatif à l'huile de ricin déterminent une débâcle abondante.

Le 20 juillet 1891. Malade amaigrie, dyspeptique. Ventre ballonné avec des anses visibles sur la paroi amincie. Douleur à peu près constante dans la fosse iliaque droite depuis trois mois. On sent une tumeur arrondie du volume du poing, n'atteignant pas tout à fait la ligne médiane, venant en bas au contact du tiers externe de l'arcade crurale. Sonorité skodique de cette tumeur.

Rien à noter du côté de l'appareil génital. Respiration rude avec expiration prolongée au sommet droit. Cœur sain. La marche lentement progressive de l'affection, la tumeur arrondie, sonore, font porter le diagnostic de tuberculose du cæcum.

Le 25 juillet, M. Tédenat pratiqua l'opération suivante : Incision oblique au bas et en dedans sur la partie moyenne de la tumeur. Le péritoine pariétal adhère, mais les adhérences sont faciles à détacher et une ligature suffit. On voit alors le cæcum grisâtre avec de fines bosselures à la surface. En dedans, quelques adhérences récentes et faciles à séparer unissent l'intestin grêle au cæcum. Il n'y a pas de pus et les adhérences peu solides se rompent sans suintement sanguin gênant. Des compresses isolent le cœcum, qui est facilement attiré au dehors.

Ligature circulaire de l'iléon à 6 centimètres de son abouchement

avec le cæcum. Ligature analogue avec une lanière de gaze iodoformée sur le côlon, à huit centimètres de son origine. Section à trois centimètres en aval de la ligature placée sur l'iléon, à trois centimètres en amont de la ligature appliquée sur le côlon. Désinfection des portions d'intestin, qui sont bouchées temporairement avec de la gaze iodoformée. Le méso est sectionné parallèlement à la portion d'intestin à enlever. Quatre ligatures sont appliquées sur les vaisseaux du méso et les feuillets réunis en surjet.

Oblitération des deux bouts d'intestin par suture continue après invagination. Anastomose latérale faite très bas sur le côlon, afin qu'il reste un cul-de-sac insignifiant. Pour cette anastomose on utilise le procédé de Abbé et du fil de soie n° 1. Asséchement avec des tampons de gaze iodoformée. Suture à deux plans de la paroi abdominale. Pas de drainage.

L'opération a duré 1 heure 5 minutes et a été bien supportée.

Potion avec 3 centigrammes de morphine. Glaçons pour étancher la soif. Un lavement nutritif dans la soirée. Pouls 100. Temp. 37°8. Vagues douleurs au lieu de l'opération. Etat général satisfaisant.

26. — Le malade va bien. T. 37°1 matin, 38°2 soir. Pouls 80 m., 105 s. Quelques nausées. Les lavements nutritifs sont gardés et pris trois fois par jour.

27. — Le malade a rendu des gaz par l'anus à plusieurs reprises la nuit dernière. Elle demande à manger. Elle prend dans la journée un demi-litre de lait et digère bien. Pas de douleurs. Etat général bon. T. 37°1 matin, 38 degrés soir. Pouls 90 matin, 110 soir.

28. — Même état.

29. — Même état. Selle abondante. La malade prend du bouillon et du lait et digère très bien. T. 37°8. P. 80.

1er août. — La malade va bien et s'alimente avec du lait, du bouillon, des œufs. Elle n'a pas eu de selle depuis le 29. Un lavement salé froid procure deux selles accompagnées de coliques pénibles pendant deux heures.

5. — Les points de suture sont enlevés. Réunion parfaite. Léger œdème de la paroi dans la région opératoire. Sans douleur à une pression modérée. Selles régulières. L'état général s'améliore rapidement.

10. — La malade quitte l'hôpital. M. Tédenat l'a vue en bonne santé en juin 1894.

Examen de la pièce. — La paroi du cæcum est épaissie jusqu'à atteindre 4 centimètres dans la plus grande partie de son étendue. La valvule iléo-cæcale est comme perdue dans une masse sclérocicatricielle qui présente plusieurs ulcérations serpigineuses séparées par des végétations polypeuses rouges, avec quelques points gris ou jaunes. Au niveau de la valvule, l'orifice rétréci n'admet pas le petit doigt.

Ulcérations et nodules disséminés sur toute la face interne et les quatre premiers centimètres du côlon. Sur la coupe, le tissu est dur, gris, avec nodules jaunes et quelques rares et menus foyers remplis de pus caséeux.

L'iléon est sain, sauf sur son dernier centimètre, où la muqueuse est ulcérée et la paroi épaissie de un centimètre.

L'appendice a subi des altérations analogues à celles du cæcum. Il a le volume de l'index ; sa cavité est remplie de matière caséeuse.

L'*examen microscopique* a montré : épithélium absent sur les coupes portant au voisinage de la valvule, où la muqueuse n'est plus représentée que par des glandes. Sur le côlon, l'épithélium est pavimenteux. Infiltrations massives de jeunes cellules, développées surtout le long des vaisseaux. Nodules formés de cellules épithélioïdes, d'amas cellulaires arrondis prenant mal le carmin. A la partie externe, quelques coupes montrent que le tissu musculaire est peu altéré. Les lésions semblent avoir débuté par la muqueuse.

Observation IV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat. — Inédite)

Tuberculose du cæcum à forme hypertrophique. Résection iléo-colique. Guérison

Jean B..., 25 ans. Mère morte à 33 ans d'une affection chronique des poumons. Une sœur morte à 13 ans de mal de Pott.

Depuis cinq ou six mois, dyspepsie habituelle, coliques fréquentes. Diarrhée et constipation alternantes. Depuis deux mois, douleur habituelle dans la fosse iliaque droite, sourde. Il y a un mois, poussée inflammatoire dans la région du cæcum, avec élancements, tuméfaction, fièvre le soir, constipation nécessitant, à plusieurs reprises, l'emploi de laxatifs et de lavements. On diagnostique une

appendicite, et la malade est adressée à M. Tédenat, le 3 juin 1893.

4 juin 1893. — Pâleur, amaigrissement, ventre ballonné modérément. Depuis une dizaine de jours, la constipation, moindre, ne résiste pas à un lavement quotidien. Vagues coliques suivies de gargouillements. On voit, de temps en temps, des anses se mouvoir et se dessiner sur la paroi abdominale amincie. Jamais de sang ni de pus dans les selles.

Dans la fosse iliaque droite, tumeur du volume d'un gros œuf de poule, tendue, dure, légèrement mobile dans le sens transversal, sonore à la percussion. Rien à noter du côté de l'appareil urinaire. Matité du foie normale. Rien au cœur. Expiration dure et prolongée au sommet du poumon droit, en arrière.

M. Tédenat pratique la laparotomie le 8 juin, le diagnostic hésitant entre appendicite et tuberculose cæcale. Pourtant, la forme arrondie de la tumeur, l'absence des phénomènes aigus le font plutôt pencher vers la tuberculose du cæcum.

Incision oblique en bas et en dedans, sur la tumeur ; quelques adhérences, jeunes et molles du péritoine pariétal, sans épanchement. Le cæcum apparaît : il n'adhère pas à l'intestin grêle. Sa surface est grise, grenue ; sa paroi est épaisse, dure. Il est facile de l'attirer au dehors après décollement d'adhérences épaisses au niveau de l'appendice et du fond du cæcum.

Des compresses aseptiques sont appliquées pour circonscrire le champ opératoire et retenir l'intestin grêle. La résection est faite comme à l'ordinaire : suture triangulaire du mésentère, quatre ligatures à la soie fine sur les vaisseaux, suture bout-à-bout de l'iléon avec le côlon, qui sont de même calibre. L'opération dure 45 minutes, et le malade se réveille sans choc marqué.

Dans la soirée, la température est à 37,4, le pouls à 100. Quelques vomissements dans l'après-midi. Injection de 500 gr. de sérum dans les parties molles de la fesse. Vagues douleurs abdominales. Etat général satifaisant.

9 juin. — Nuit bonne ; pas de vomissements. Temp. 37,1-38 ; pouls 90-110. Dans l'après-midi, émission de gaz par l'anus. Pas de nausées. Quelques douleurs légères dans la fosse iliaque.

10. — Même état. Temp. 37,4, 38,3. Pouls 92-108. Trois lavements de lait.

11. — Selle ce matin. Quelques coliques. Le malade demande de

la nourriture. Il prend, dans la journée, un demi-litre de lait. Température 37,3-38,4. Pouls 80-110.

18. — Le malade est allé à la selle à peu près tous les jours. On a continué les lavements deux ou trois fois par jour. Lait et bouillon, au moins un litre par jour, bien supportés. Hier, temp. 38,5 le soir, la plus haute depuis l'opération. Pansement changé. Réunion totale avec un minuscule abcès au dernier point de suture, en bas. Injection d'une solution de nitrate d'argent à 1/1000 dans le foyer de l'abcès.

28. — Le malade quitte Montpellier guéri, se nourrissant bien. Sa santé reste bonne jusqu'en avril 1894. Le docteur Bourguet fut alors appelé pour une bronchite avec hémoptysie, et diagnostiqua une tuberculose pulmonaire à laquelle le malade succomba en janvier 1895. Les troubles digestifs n'ont, pendant la dernière maladie, présenté aucun caractère pouvant faire admettre des lésions graves de l'intestin

Examen de la pièce. — La longueur de la portion d'intestin enlevé est de 18 cent., dont 5 cent. sains, 2 sur l'iléon, 3 sur le côlon. Les lésions sont surtout marquées au cæcum proprement dit. Sa face externe, d'aspect gris, présente des bosselures disséminées. Les plus petites sont arrondies, du volume d'un grain de millet, d'une lentille ; les autres sont aplaties, de deux à quatre millimètres de diamètre. En quelques points, taches hémorragiques. A la partie postéro-inférieure, un peu au-dessus de l'origine de l'appendice iléo-cæcal, existe une saillie dure, mamelonnée, du volume d'une cerise, reliée à l'appendice par une travée fibro-adipeuse qui fixe l'appendice à la paroi postérieure du cæcum. La circonférence de la masse est de 15 cent. à sa partie moyenne, qui correspond à peu près au niveau de la valvule.

La paroi a une épaisseur de 2 à 4 cent., suivant les points. A la coupe, aspect grisâtre, avec petits nodules rares, jaunâtres, du volume d'une lentille, sans caséification marquée. Les deux lèvres de la valvule sont épaissies, dures, avec quelques saillies polypeuses par endroits exulcérées ; l'orifice admet à peine le petit doigt. Au-dessous de la valvule, ulcération irrégulière, à bords grenus et îlots cicatriciels. Au-dessus, quelques autres ulcérations serpigineuses entre lesquelles la muqueuse est épaissie, rougeâtre, et porte quelques tubercules gris ou jaunes. Deux ganglions à centre caséeux sont à l'angle iléo-colique.

Observation V

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat. — Inédite.)

Tuberculose hypertrophique du cæcum et de l'iléon. — Résection iléo-colique.— Mort le sixième jour.

Marie Az..., 28 ans, brune. Tumeur blanche du cou de pied à l'âge de 8 ans. Guérie après suppuration. Depuis deux ans troubles digestifs, dyspepsie, coliques fréquentes. Alternatives de diarrhée et de constipation. Les règles ont été régulières entre 15 et 25 ans ; depuis un an, elles ne sont venues que deux fois. Pertes blanches.

Il y a six mois, accidents légers d'appendicite (?) ; douleurs vives dans la fosse iliaque droite, vomissements, constipation. Les phénomènes ont duré cinq jours et ont fini par une débâcle avec diarrhée pendant quatre jours. Depuis, diarrhée habituelle, trois à cinq selles par jour ; borborygmes, coliques, pesanteur ou élancements dans la fosse iliaque droite, où la pression est douloureuse.

La malade est adressée à M. Tédenat, le 3 mai 1895. Elle a maigri, elle sue la nuit et a souvent la fièvre. Appétit mauvais, digestions pénibles, quelquefois vomissements. Constipation suivie de diarrhée. Douleur permanente dans la fosse iliaque droite irradiée parfois dans la cuisse du même côté.

On sent une tumeur arrondie occupant la fosse iliaque droite, sonore à la percussion. Elle est mal limitée en dedans et en haut. On ne peut l'attribuer qu'au cæcum. Craquements aux deux sommets. Rien au cœur.

10 mai. — Résection iléo-colique. Incision latérale sur la tumeur. Adhérences du péritoine pariétal au cæcum et à l'intestin grêle, dont quelques anses adhèrent au cæcum. Nappes scléreuses avec granulations tuberculeuses dans le mésocæcum et la partie inférieure du mésentère, où on sent et voit quelques ganglions en voie de caséification. Suintement sanguin tenace, bien que peu abondant lors du décollement des adhérences. La résection iléo-colique se fait comme à l'ordinaire. Quatre ligatures sur le méso, dont les feuillets sont réunis par un surjet à la soie fine. Il faut renoncer à réséquer les nappes de sclérose avec grains tuberculeux et menus ganglions qui existent au loin sur le mésentère et la lame postérieure du mésocôlon. Anastomose latérale. L'opération a duré 80 minutes.

Pendant les deux premiers jours, la malade allait assez bien, ne vomissait pas. La température oscillait entre 37°5 et 38°3 ; le pouls atteignit une fois 110. Le troisième jour, selle abondante suivie de coliques qui ne cèdent pas à une piqûre de morphine. T. 40°8. Pouls 100. Facies rouge. Ventre plat. Pas de vomissements. Les températures ont oscillé entre 39°3 et 40°8 Du quatrième au sixième jour sans vomissements, sans douleurs vives. Ventre peu ballonné.

On n'a pu faire l'autopsie, mais la marche des phénomènes, l'hypothermie, l'indolence relative de l'abdomen, l'absence de vomissements permettent de croire que les sutures ont tenu. La malade a-t-elle succombé à la septicémie ou à une granulie aiguë ?

Examen de la pièce. — La pièce comprend huit centimètres d'iléon et huit centimètres de cæcum et côlon. L'iléon a des parois épaissies ; la muqueuse est ulcérée et, entre les ulcérations à long axe perpendiculaire à l'axe de l'intestin, existent des granulations tuberculeuses, de menus abcès caséeux. Le cæcum a une paroi épaisse de 3 à 5 centimètres, suivant les points ; la coupe est grise avec de menus foyers jaune-gris, caséeux au centre. Muqueuse ulcérée ; la valve inférieure de la valvule est réduite à quelques papillomes. La valve supérieure présente quelques ulcérations. Lésions analogues sur les huit centimètres de côlon réséqué.

Observation VI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat.)

Tuberculose hypertrophique énorme du cæcum.— Infiltration scléro-tuberculeuse du mésentère et du méso-côlon.— L'étendue des lésions contre-indique l'ablation des organes malades. — Amélioration pendant un mois : puis, le malade succombe un mois après cette laparotomie exploratrice.

M..., docteur en médecine, 44 ans. Coxalgie gauche guérie avec ankylose complète dans l'enfance. Obèse de bonne heure, M..., a eu une vie professionnelle, active et pénible. Alcoolique. Acné hypertrophique, cheloïdique à la nuque.

Depuis le mois de mai 1896, dyspepsie ; alternatives de diarrhée et de constipation. Vagues douleurs abdominales. Ce qui préoccupe surtout le malade, ce sont de petits accès de fièvre, des sueurs nocturnes. Souvent, il a noté des températures de 38° le soir ou le matin. Comme il y a de la malaria dans la région où il exerce, il

s'est cru paludique et a pris, pendant longtemps, du sulfate de quinine sans résultats appréciables.

En octobre, constipation tenace avec débâcles ; le lait, le bouillon à doses médiocres sont mal digérés ; fièvre habituelle, malaise progressif.

Le 10 novembre. — M. Tédenat a constaté, dans la région du cæcum, une grosse tumeur ovoïde, se dessinant à travers la paroi, remplissant toute la fosse iliaque. Elle est peu sensible à la pression ; sonore à la percussion. Ballonnement irrégulier du ventre.

Le 15. — Laparotomie latérale. Le cæcum se présente gris, bosselé. A sa partie interne adhère l'épiploon induré, bosselé. Il est libéré et alors on voit un paquet d'anses intestinales soudées entre elles et au cæcum.

Le mésentère, le méso-côlon, les ganglions sont infiltrés. On trouve des nodules caséeux sur le mésentère, quelques granulations sur l'intestin grêle.

L'anesthésie est mauvaise ; d'ailleurs l'étendue des lésions rend impossible l'ablation du cæcum, qui est énorme.

Réunion immédiate. Le docteur M... croyait être atteint d'appendicite. On lui dit que l'appendice a été enlevé.

Pendant quatre ou cinq semaines amélioration sensible (moins de douleurs, appétit un peu revenu, selles moins irrégulières) puis, la cachexie se fait (diarrhée, sueurs profuses, fièvre, anorexie) et le malade succombe deux mois après la laparotomie.

Observation VII

(Résumée)

Tuberculose cæcale. — Résection. — Guérison après une série de huit interventions (Körte).

Malade âgé de 25 ans, entre au service le 16 février 1891, avec le dignostic d'iléus. Quatre jours auparavant il avait éprouvé de violentes douleurs au côté droit du ventre, douleurs qui s'étaient généralisées. De là, vomissements qui devinrent bientôt fécaloïdes. Diagnostic hésitant entre obstruction intestinale et péritonite ; on penchait pourtant pour cette dernière.

Première opération. — Le 17 février 1891, ouverture du ventre.

Issue de grandes quantités de pus sanieux, lavage, drainage. Pendant les premiers jours il y a encore de visibles phénomènes de péritonite. Peu à peu disparition. Le malade va à la selle pour la première fois le 27 février.

Il persiste une fistule qui mène à l'appendice. Celui-ci est réséqué dans une *deuxième opération*, le 16 mars 1892. Il persiste encore une petite fistule.

L'examen du pus recueilli à la première opération démontre l'existence de staphylocoques et de bacilles septiques. Le péritoine vivement enflammé ne présentait nulle part des granulations tuberculeuses. L'appendice extirpé présentait des lésions d'inflammation chronique avec deux perforations s'ouvrant au milieu d'adhérences. La muqueuse était lâche, plissée ; la sous-muqueuse infiltrée de cellules rondes. Nulle part de tubercules.

Le malade resta souffrant jusqu'à fin août de la même année (1892). Malgré un fonctionnement normal du tube digestif, malgré une nourriture abondante, le malade ne prenait aucune force. Rien au poumon.

En haut, on commençait à sentir à droite, du côté des côtes, une résistance en forme de boudin. On pense, soit à de vieux restes de péritonite, soit à une tumeur, et on pratique une troisième opération le 27 août.

Ouverture du ventre dans le sens de la tumeur. Le côlon ascendant et le cæcum apparaissent volumineux ; sur la séreuse quelques petites granulations miliaires. On procède à l'extirpation de la partie malade. L'iléon est divisé quelques centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale entre les ligatures, puis on détache le côlon près du coude droit après section du mésentère et du mésocôlon. La paroi intestinale très friable se déchira à plusieurs reprises et on vit des surcroissances polypeuses sur la muqueuse qui furent considérées comme du cancer. Etablissement d'un anus contre nature. Suites opératoires bonnes.

L'examen microscopique démontra la nature tuberculeuse des végétations de la muqueuse.

Le 27 octobre 1892, on plaça l'entérotome sur l'éperon de l'anus, mais sans succès. Et, le 19 novembre, on procéda à une nouvelle ouverture du ventre (quatrième opération). On réséqua 21 centimètres de côlon Au niveau de la section la muqueuse n'était pas encore

suffisamment saine. Fermeture du bout colique, anastomose d'une anse intestinale sur le côté du côlon. De nouveau, établissement d'une fistule stercorale le 27 novembre.

Comme ces deux lumières intestinales étaient placées côté à côte, séparées par un éperon visible, on appliqua sur lui encore une fois l'entérotome de Dupuytren afin d'établir une communication large entre l'intestin grêle et le gros. Après un triple essai du 2 janvier au 18 février 1893, l'ouverture dans la paroi de séparation fut jugée suffisante.

C'est pourquoi le 27 février 1893, on tenta une *cinquième opération* pour assurer la fermeture de la fistule stercorale. Malgré tout, les matières continuant à sortir par la plaie, le malade voulant à tout prix être débarrassé de cette infirmité, on pratique le 3 juin 1893 une *sixième opération*. Après ouverture du ventre sur la ligne médiane, on tombe sur l'anse intestinale qui conduit à la fistule. On la divise à 12 cent. au-dessus entre deux ligatures ; on ferme le bout inférieur et on abouche le bout supérieur dans l'S iliaque. Au-dessus du point d'implantation de l'iléon dans le côlon, celui-ci fut fermé par une suture en bourse, afin que les matières ne pussent revenir à la fistule par le côlon descendant et transverse.

Malgré de violentes inflammations depuis plus d'un an et demi, la séreuse ne présentait pas d'adhérences, et on n'y voyait pas de nodules tuberculeux.

Le 18 mai, pour la première fois, allée régulière à la chaise ; mais de nouveau, le 26 mai, une partie du contenu intestinal sortit par la fistule.

Le 3 juin 1893 (*septième opération*), l'abdomen fut de nouveau ouvert, le côl transverse fut divisé aussi loin que possible du côté gauche, et les deux bouts obtenus fermés chacun par invagination. Le régulier dégagement de matières fécales était assuré, et de l'ancienne fistule ne se dégageait plus que du mucus intestinal.

Le malade voulant être débarrassé de cette sécrétion permanente, *une huitième opération* est faite, dans laquelle on extirpe toute la portion intestinale avoisinant la fistule et composée du reste du côlon transverse de l'anse iléale anastomosée pendant la quatrième opération et du morceau d'iléon suturé par invagination et provenant de la sixième opération.

Après cette intervention qui réussit fort bien, la guérison fut

complète. Le ventre laisse voir des cicatrices des multiples opérations. Du côté droit se trouve une hernie nécessitant le port d'un bandage. Le malade s'est remis. Ses forces lui permettent depuis l'automne de 1893 de gagner sa vie dans une imprimerie.

La forme de la tuberculose était le grossissement tubéreux mamelonné de la muqueuse, ce qui donnait l'impression d'une dégénérescence carcinomateuse. L'examen microscopique seul fit deviner la nature de la tumeur. Tout le cæcum, le côlon ascendant et une partie du côlon transverse étaient malades.

Observation VIII

(Résumée)

Tuberculose iléo-cæcale avec formation d'abcès. — Extirpation. — Guérison. — Dix mois après, mort par tuberculose pulmonaire et péritonéale. (Körte, *Deutsche Zeitsch. für Chir.*, 1895, vol. 40).

Marie B..., 14 ans. Reçue au service le 15 mai 1893. La malade a toujours été frêle. Père mort de tuberculose. Au commencement de l'année, à la suite d'un traumatisme, il se développa, dans la région iléo-cœcale, un gonflement qui demeura douloureux.

A l'entrée, enfant frêle, pâle, peu développée. Poumons sains. Dans la fosse iliaque, tumeur forte, grosse comme une pomme, dure, sensible à la pression. La peau est rouge, la fluctuation est profonde. Température élevée, malaise, constipation.

17 mai. — Une ponction exploratrice dénonce la présence du pus. Incision sur la tumeur. Ecoulement de pus fétide. Lavage, tamponnement à la gaze iodoformée. Chute de la température, mais ulcération persistante au lieu de l'incision.

2 juin. — On constate, dans la fosse iliaque, une tumeur en forme de boudin, à laquelle conduit la fistule. Le diagnostic porté est : tumeur tuberculeuse de la région iléo-cœcale.

23. — Résection de l'iléon, cæcum, côlon ascendant avec les ganglions mésentériques. Suites opératoires bonnes.

25 juillet. — La malade se lève et sort. Elle est envoyée à l'hôpital Maritime de Norderng. Elle revient avec une augmentation de poids considérable.

En janvier 1894, une fistule s'ouvre de nouveau.

Le 11 avril, cette fistule a augmenté, et il en sort de la matière fécale.

On incise sur la cicatrice, on trouve une péritonite tuberculeuse étendue, ainsi que de la tuberculose du côlon et du cæcum. Entéro-anastomose latérale.

Le 3 mai, la malade meurt de tuberculose.

A l'autopsie, lésions tuberculeuses aux poumons; granulations miliaires sur le péritoine. Sur la muqueuse de l'iléon et du côlon, petits abcès tuberculeux.

Examen de l'intestin réséqué. — La paroi est épaissie ; on y trouve plusieurs petits nodules caséeux. Valvule cæcale étranglée. Appendice épaissi, attaché à la partie antérieure du cæcum par un tissu scléreux.

A la base, se trouve une perforation. La muqueuse du cæcum et du côlon ascendant est gonflée, remplie d'abcès et présente un aspect villeux.

Nombreux ganglions caséeux, gros comme des noix, dans le mésentère et le méso-côlon. L'examen microscopique démontre des tubercules typiques avec cellules géantes dans la muqueuse et la sous-muqueuse.

Observation IX

(Körte, *loc. cit.* — Résumée).

Tumeur tuberculeuse de la région iléo-cæcale. — Fistule. — Iléo-colostomie. — Résection intestinale. — Guérison.

H..., femme. Entrée le 28 décembre 1894.

Est tombée malade en avril 1894 d'une inflammation intestinale. Le gonflement n'ayant pas rétrocédé, il fut, au commencement de décembre 1894, ouvert par une incision près de l'arcade de Poupart. Il s'y forme une fistule purulente fécale.

Le 9 décembre 1894, on trouve une femme très amaigrie et pâle. Dans les poumons rien d'anormal ; pas d'albumine dans les urines. Dans la région iléo-cæcale se trouve une longue cicatrice d'environ dix centimètres, et à sa partie inférieure une fistule stercorale. Sous la paroi on sent le trajet fistuleux lui adhérant.

Opération le 6 janvier 1895. Cautérisation de la fistule, circoncision de l'ouverture. Après ouverture du ventre, on trouve une tumeur fortement gonflée de la région cæcale avec des ganglions

dans le mésentère. Les lésions sont tellement étendues, qu'une extirpation ne paraît pas faisable. De là, entéro-anastomose latérale entre la partie inférieure de l'iléon et la partie initiale du côlon transverse.

Suites opératoires bonnes. La malade va à la selle deux jours après l'opération. L'état général s'améliore, bien qu'il sorte de temps en temps de la matière purulente de la vieille fistule. Créosote à l'intérieur.

10 février 1895. — Nutrition augmentée ; tumeur plus mobile ; un nodule enlevé à la première opération décèle une structure tuberculeuse.

Le 12 février, extirpation totale. Implantation de l'iléon dans le côlon transverse. Drainage avec gaze iodoformée dans la fosse iliaque.

17. — Suites opératoires bonnes. Créosote, nourriture abondante. La blessure guérit après léger écoulement de pus.

1er avril. — La malade s'est considérablement relevée. Elle va et vient. Augmentation de 11 kilog.

Examen des pièces. — Elles comprennent l'iléon long de 10 centimètres, le cæcum et 20 centimètres du côlon. La paroi de l'iléon est épaissie, la muqueuse est saine. A la valvule commencent des masses de tissu avec excroissances à surface villeuse, entamée par des ulcérations, comprenant tout le cæcum et allant jusqu'à 8 centimètres vers en bas dans le côlon ascendant. L'intestin est très rétréci à la valvule. Dans le mésentère il y a un grand nombre de glandes caséeuses de la grosseur d'une noix.

Observation X

(Tuffier. *Revue de gynéc. et de chir. abdominale*, juillet-août 1897).

Résection iléo-colique pour tuberculose simulant un néoplasme

A. Gar..., 38 ans, journalier, entre le 3 juin 1897, à l'hôpital de la Pitié.

C'est un homme pâle, très amaigri, qui se plaint d'avoir perdu complètement ses forces et qui accuse une douleur vive dans la fosse iliaque droite.

Habituellement bien portant jusqu'à ces dernières années, Gar...

aurait eu des convulsions dans la première enfance et une fièvre typhoïde à l'âge de 7 ans. Il y a trois ans, le malade fut soigné, à ce même hôpital de la Pitié, pour des phénomènes douloureux du côté de l'estomac, phénomènes qui paraissent avoir relevé d'une gastrite éthylique. Le régime lacté absolu, auquel le malade fut soumis pendant trois semaines, amena la guérison.

Gar... se portait assez bien, lorsque, trois mois avant son entrée à l'hôpital, il commença à éprouver de vagues douleurs dans l'abdomen et s'aperçut que ses selles contenaient du sang. Tantôt c'était du sang rouge qui sortait de l'anus dès les premiers efforts de la défécation, tantôt du sang noir comme de la suie. Ces selles sanglantes ou mélaniques étaient quotidiennes : jamais le malade n'eut de constipation opiniâtre, ni de débâcle diarrhéique. Les douleurs étaient d'abord vagues et peu intenses, mais elles finirent par se localiser dans la fosse iliaque droite, et le malade, en se palpant lui-même, trouva dans son côté une tumeur dure qui lui parut du volume d'une noix. En même temps, Gar... maigrissait, et l'affaiblissement devint tel qu'il fut obligé de quitter son travail. Il se mit au repos absolu ; mais, ne constatant aucune amélioration, il se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on constata, par la palpation du côté droit de l'abdomen, une tumeur assez bien limitée, de la grosseur et de la forme d'un gros œuf, à grand axe presque longitudinal, de consistance ferme et de surface irrégulière. La percussion à son niveau donne de la matité. La peau est mobile sur les parties profondes. Cette tumeur descend à deux travers de doigts de l'arcade de Fallope et effleure en dedans le bord du muscle grand droit. L'abdomen, dans le reste de son étendue, est souple ; le foie ne paraît pas abaissé, la rate n'est point volumineuse. En aucun point on ne trouve d'engorgement ganglionnaire. Les symptômes fonctionnels sont peu marqués. Douleurs du flanc droit, selles sanglantes, inappétence, amaigrissement et, surtout, affaiblissement extrême, tels sont les signes qu'accuse principalement le malade. L'examen des poumons et du cœur ne décèle rien d'anormal ; les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. On ne constate pas d'hémorroïdes.

Opération, le 26 juin 1897 : « Le malade est endormi à l'éther. Une incision longitudinale est pratiquée parallèlement au bord externe du muscle grand droit. Le milieu de cette ligne d'incision se trouve sur

la ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. La cavité péritonéale ouverte, on arrive d'emblée sur une tumeur cæcale adhérente aux parties profondes. Deux longues pinces-clamps, à mors garnis de caoutchouc, sont placées, l'une sur le côlon ascendant, l'autre sur l'intestin grêle. On détache les adérences très intimes de la tumeur avec le péritoine pariétal et avec la paroi profonde lombo-iliaque. L'anse est libérée entièrement, et quand on la sent mobile, une ligature est faite sur chacun des segments intestinaux, à courte distance des pinces ; on sectionne l'intestin en dehors de ces deux ligatures et on extirpe, comme une tumeur, le cæcum, un court segment d'iléon et l'appendice perdu dans une gangue inflammatoire. Des ligatures sont faites sur les points saignants. On a maintenant le côlon sectionné de la même façon, chacun enveloppé dans une compresse aseptique ; il faut rétablir la continuité du tube intestinal. Peu partisan de l'anastomose termino-terminale, surtout quand les deux segments intestinaux ne sont pas du même calibre, je préfère, comme Senn, oblitérer chacun des deux bouts intestinaux et les anastomoser ensuite latéralement un peu plus haut ».

Voici qu'elle fut la technique suivie : j'enlevai la pince qui tenait le côlon oblitéré, je saisis avec des petites pinces à griffes la muqueuse exubérante et pratiquai avec un fil de soie une ligature en masse de la muqueuse, je fermai ainsi mon intestin comme le meunier ferme son sac, et je cautérisai au fer rouge la muqueuse débordant la ligature. Par-dessus cette ligature en masse, je referme le plan musculo-séreux par une série de points de Lembert : j'ai ainsi un intestin solidement fermé sur deux plans. Le bout de l'iléon avait été traité exactement de la même façon ; il ne reste plus que deux culs-de-sac à aboucher latéralement. Le côlon est rapproché de l'iléon et maintenu accolé à l'aide de petites pinces à forcipressure à griffes. Sur la ligne d'accollement sont faites six points de Lembert séro-séreux ; à quelque distance, et sur deux parallèles, on passe des fils d'attente n'intéressant que le plan musculo-séreux. Ces fils ne sont pas liés, on les maintient écartés de chaque côté et séparés les uns des autres par de petites compresses. C'est entre les deux lignes parallèles de passage des fils que l'on incise les parois de l'intestin ; la muqueuse, ouverte au niveau de chaque segment, est suturée par un surjet circonscrivant la bouche de néo-formation. La bouche créée est suturée, il ne reste plus qu'à serrer et nouer les fils d'attente ; l'entéro-anastomose est terminée.

La paroi abdominale est suturée sur trois plans : péritonéal, musculo-aponévrotique et tégumentaire. L'opération a duré moins d'une heure. Suites opératoires bonnes.

Le 29 juin, il commença à prendre du lait mélangé d'eau de Vichy. Le 1er juillet, un verre d'eau de Sedlitz amena une selle abondante. A partir du 2 juillet, l'alimentation ordinaire fut commencée. A part la suppuration d'un fil profond de la paroi, la guérison se fit sans incident. Le malade, à l'heure actuelle, mange avec appétit, il sent ses forces renaître.

Examen macroscopique. — Les parois du cæcum sont extrêmement épaissies, lardacées, leur épaisseur est de 2 à 3 centimètres au moins. Cet épaississement des parois présente une grande dureté, il règne sur toute la paroi du cæcum ; son abouchement dans le cœcum était très élargi. La muqueuse cæcale ne présente aucune ulcération. Les parois de l'intestin grêle ont gardé leur épaisseur et leur souplesse normales. Le néoplasme soulève le bord inférieur de la valvule dont il rétrécit, par sa présence, l'ouverture.

La section qui a été pratiquée sur le gros intestin, dépasse de beaucoup les limites du néoplasme.

Examen microscopique. — Fixation au sublimé concentré (24 heures). Inclusion dans la paraffine. Coloration à l'hématéïne, éosine, thionine.

La coupe porte sur le centre de la tumeur, et on ne voit pas la surface épithéliale.

A un faible grossissement, toute la surface de la coupe est parsemée d'un grand nombre de cellules géantes dans un tissu de granulation. Les cellules géantes sont, les unes arrondies, les autres ovalaires, d'autres encore en raquette.

A un plus fort grossissement, le tissu de granulation se décompose en un très grand nombre de cellules épithélioïdes, qui constituent le corps de la tumeur. La plupart des cellules géantes forment le centre d'un follicule bordé par une double ou une triple rangée de cellules épithélioïdes.

A un grossissement plus considérable, on remarque que quelques-unes de ces cellules géantes présentent, à leur partie centrale, des débris de cellules encore visibles, analogues à celles qui bordent l'élément.

Le reste de la cellule géante est occupé par un tissu nécrosé, se distinguant nettement, par sa coloration, du tissu ambiant.

Dans l'épaisseur de la coupe, on remarque quelques capillaires, coupés transversalement et vides de sang.

Examen bactériologique. — Parmi les coupes, celles qui ont été examinées au point de vue bactériologique ont porté sur la périphérie de la tumeur. Le tissu, à ce niveau, était sain. Les colorations ont été faites par la méthode de Ziehl.

Nulle part, on n'a trouvé sur ces dernières coupes de cellules géantes, ni de bacilles ; en aucun point, non plus, on n'a décelé la présence de cellules agglomérées, rappelant le follicule tuberculeux. Du reste, on se trouvait en présence d'un tissu paraissant normal, essentiellement constitué sur le type du tissu adénoïde de Hiss, c'est-à-dire par un très grand nombre de fibrilles grêles, entrecroisées dans tous les sens, et interceptant des mailles remplies de cellules lymphoïdes.

Malgré l'absence des bacilles, l'examen des coupes permet de poser le diagnostic de tuberculose : c'est, du reste, l'avis de MM. Letulle et Gombault, qui ont voulu examiner les coupes.

Observation XI

(Kœnig, *loc. cit.*)

Tuberculose du côlon transverse. — Résection.— Mort.

F..., 31 ans, entre dans le service de la clinique le 20 septembre 1890.

Elle a eu trois enfants et, après ses dernières couches, il y a un an, elle est tombée malade. Alternatives de diarrhée et de constipation. Pâleur et amaigrissement. Le ventre était le plus souvent gonflé ; quelquefois, il se rétractait pendant des attaques de colique.

Depuis quatre semaines on avait remarqué une petite ulcération dans le voisinage de l'ombilic qui avait disparu.

Les matières fécales ont la consistance et l'aspect d'une purée de pois. La malade tousse modérément, sans vomissements. Le sommet du poumon gauche est légérement infiltré. Le cœur et les reins sont sains.

Opération le 26 septembre 1890. — Incision sur la ligne médiane. La cavité abdominale une fois ouverte, le côlon transverse apparaît changé, en partie, en une corde dure par une quantité de petites

nodosités grises et dures. La longueur du morceau dégénéré est d'environ 8 centimètres. Le côlon ascendant est très élargi. On tire du ventre l'ensemble de l'intestin malade et, des deux côtés, des parties assez grandes de l'intestin sain. On suture une partie de l'ouverture et on entoure de gaze la portion intéstinale herniée. Puis on enlève l'épiploon malade, recouvert de granulations et, après la section horizontale du méso, on fait la résection de l'intestin malade (15 cent.). On réunit les parties saines du côlon par un double fil.

La malade se trouve bien pendant trois jours, puis commence à tomber en collapsus et meurt le cinquième jour.

L'autopsie ne montre aucune trace de péritonite. Ulcérations nombreuses et tubercules sur l'intestin grêle et le gros intestin. La suture avait bien tenu. Dans les sommets des deux poumons, induration et nombreux tubercules gris. Tubercules dans le foie et la rate.

Examen de la pièce. — La partie enlevée est longue de 17 centimètres. Elle comprend trois parties : une première longue de 7 centimètres, élargie, située du côté de l'estomac ; une deuxième longue de 6 centimètres qui constitue la sténose ; une troisième, enfin, qui est la partie déductrice et d'une longueur de 4 cent.

L'intestin une fois incisé, on remarque que la paroi du bout supérieur dépasse, en épaisseur, du double la paroi du bout inférieur, grâce à la seule hypertrophie de la musculeuse. Au-dessus de la sténose, ulcération tuberculeuse. La paroi de la sténose est grossie d'une façon inflammatoire ; sur la muqueuse, une ulcération.

La sous-muqueuse et la musculaire sont infiltrées de cellules embryonnaires. Nombreux tubercules sur la muqueuse et dans la sous-muqueuse.

L'examen microscopique montre les cellules épithélioïdes et les cellules géantes.

Observation XII

(Kœnig)

Tuberculose de l'intestin grêle. — Résection. — Guérison

F..., 52 ans, entre au service le 2 septembre 1891. Elle souffre depuis six mois environ. Perte d'appétit et amaigrissement considérable, surtout depuis le mois de juillet. Coliques violentes, constipation, gonflement abdominal.

La femme a eu deux enfants : elle prétend n'avoir jamais été malade antérieurement. Rien au cœur ni aux poumons.

La malade ne va à la selle que par des moyens artificiels. Vomissements répétés (quelquefois de matière fécale) et violentes attaques de colique. Dès que l'on percute le ventre, on voit les mouvements péristaltiques de l'intestin grêle. Son tympanique obscur obtenu par la percussion. Pendant les crises, on entend des bruits musicaux.

Opération le 6 septembre. — Laparotomie. Les bouts gonflés de l'intestin sortent immédiatement de l'incision médiane. En même temps, coule un liquide abondant légèrement trouble. A l'extrémité inférieure de la partie gonflée de l'intestin existe un léger étranglement circulaire de la séreuse. L'intestin se rétrécit soudain, devient dur en forme de corde. Ganglion gros comme une noisette dans le mésentère de la partie malade.

Résection de 14 centimètres d'intestin. Pour suturer les deux bouts supérieur et inférieur qui ne s'adaptent pas, on fait d'abord une incision longitudinale sur le bout inférieur. Puis suture ordinaire.

Examen de la pièce.— La partie élargie de l'intestin a 11 centimètres ; la partie étroite inférieure en a 4. La partie strictive laisse à peine passer une mince sonde.

Comme longueur, la stricture mesure 2 cent. 1/2. Le bout supérieur est très hypertrophié surtout dans sa couche musculeuse. Au niveau de la structure les parois sont considérablement épaissies, la muqueuse y est en grande partie détruite. On y trouve, au centre, un corps étranger, une tige de primeur.

L'extrémité large de cette tige en forme de bouton, celle qui s'adapte au fruit, plonge dans l'étroite lumière de la sténose, tandis que l'autre extrémité est plantée perpendiculairement dans une profonde ulcération et est sur le point de perforer la séreuse. L'ulcération s'étend encore à 1 centimètre hors de la structure sur le bout inférieur vide du gros intestin. En dehors, on voit, correspondant à la sténose, un rétrécissement profond circulaire cicatrisé à la surface de la séreuse.

On trouve dans la paroi épaissie et ulcérée, au niveau de la sténose, de nombreux tubercules qui siègent dans la muqueuse et dans la sous-muqueuse.

Suites opératoires.— Après l'opération, pas de fièvre et aucun trouble. A partir du 10^{e} jour, elle va régulièrement à la selle. La 5^{me}

semaine elle sort. En décembre 1891, sa santé était toujours excellente.

Observation XIII

(Kœnig).

Tuberculose de l'intestin grêle. — Résection.

Un homme de 24 ans entre le 15 janvier 1890. Il a des douleurs intestinales depuis trois ans et demi survenant sous forme de crises avec gonflement du ventre et bruits métalliques particuliers qui peuvent être entendus.

Les coliques ne survenaient d'abord que toutes les quelques semaines, le malade allant à la selle irrégulièrement et en diarrhée. Ensuite elles sont apparues plusieurs fois dans la semaine. En ces derniers temps enfin elles sont devenues très fréquentes : à trois reprises vomissements de matières fécaloïdes.

Etat actuel. — Homme pâle et amaigri. Ventre gonflé dans la portion sous-ombilicale. Sonorité tympanique. Par la succession on peut produire des bruits de clapotement. En faisant la succession on perçoit à travers la paroi abdominale un mouvement péristaltique de l'intestin.

Le 19 janvier, on observe une crise avec de vives douleurs, le ventre se gonfle fortement et devient dur. Au bout de deux minutes on entend un bruit particulier, musical, tintant comme si un jet d'eau était lancé par une pompe. Après quoi, le ventre se dégonfle et l'attaque est passée.

De pareilles attaques se reproduisent maintenant tous les jours.

20 janvier 1890. — Laparotomie. Grande incision médiane de l'appendice xyphoïde à la symphise. De la cavité abdominale s'écoule peu de liquide clair et les anses intestinales font issue remplies de gaz et de matières. Une anse située à droite est très élargie ; c'est d'elle probablement que provenait le bruit clapotant de succussion. A cette anse fait suite une autre portion intestinale étroite et vide. On tire au dehors cette partie étroite, puis on suture partiellement le ventre. Résection d'un morceau d'intestin d'environ 12 centimètres ; suture. Extirpation d'une certaine quantité de ganglions tuberculeux mésentériques.

Examen de la pièce. — La lumière intestinale est réduite à son

minimum. De l'eau versée dans la partie intestinale élargie ne s'écoule que goutte à goutte de la stricture. Le bout supérieur a une paroi supérieure très épaissie, grâce à l'hypertrophie de la musculeuse. Dans cette partie d'intestin la muqueuse est normale. Environ 2 cent. 1/2 au-dessus de l'endroit sténosé commence une ulcération circulaire, plate et tuberculeuse. Plus bas, près de la stricture existent d'autres ulcérations plus profondes. Les parois de la sténose sont considérablement épaissies et sont le siège d'inflammation chronique. A l'examen microscopique dans ce tissu inflammatoire on trouve des tubercules.

Suites opératoires. — Pendant quelques jours lavements nutritifs ; puis nourriture liquide. Guérison sans autres symptômes. Le 3 février, pour la première fois, le malade va à la selle sans douleur. Le 3 mars, le malade qui a déjà repris ses forces, sort de l'hôpital. Au bout d'une année il est revu en bonne santé.

Observation XIV

(Wite, Th. de Greiswald, 1897. — Résumée)

Tuberculose de l'intestin grêle.— Résection.— Guérison.

Homme, 17 ans. Depuis l'âge de 10 ans douleurs d'estomac et diarrhée fréquentes. En juin 1885 entérite de cinq semaines de durée.

Récidive en octobre 1895 et en octobre 1896. A la fin de la deuxième récidive le patient remarque de la rougeur au nombril, puis une ulcération qui s'établit d'elle-même. Issue de liquide purulent, Simultanément, issue par le rectum de matières purulentes dont la quantité était d'environ 1/4 de litre. Pansements humides antiseptiques jusqu'à guérison de l'ulcère.

Le 21 février 1897, l'ulcération reparaît à la même place et sans la moindre cause. Guérison progressive. Le 21 mars, l'ulcération reparaît de nouveau ; issue de pus et de matières fécales. Pansements humides.

Le patient entre à la clinique du professeur Helferich, le 11 août 1897.

Rien au cœur ou au poumon. A la place du nombril et dans sa dépression, on trouve un orifice fistuleux, par lequel s'écoulent des

matières fécales épaisses. L'exploration montre que la fistule va vers la symphise ; cette exploration est douloureuse. Au voisinage du nombril, on trouve une tumeur très voisine de la paroi. Elle offre un aspect assez dur. Elle est mobile dans la profondeur. Matité. Après insufflation du rectum, elle disparaît et à sa place le son devient tympanique.

Par pression sur la tumeur, il ne sort aucun gaz ou matière intestinale de la fistule. La palpation de la région cæcale n'est pas douloureuse ; on n'y trouve pas de tumeur. Garde-robes spontanées, régulières, non douloureuses. Pas de coliques.

Opération, le 15 avril 1897. — Incision sur le côté droit, à côté de l'ombilic s'approfondissant jusqu'à ce que le trajet fistuleux soit mis à nu.

Ensuite, par une incision fusiforme, l'ombilic est excisé avec la peau environnante et le commencement de la fistule qui mène dans une cavité creuse sous la paroi abdominale appartenant manifestement à une ampoule d'une portion d'intestin dilatée.

L'incision abdominale est prolongée en bas jusque vers la symphise. Là le péritoine est ouvert et montre qu'une anse très dilatée est adhérente à la paroi là où finit le trajet fistuleux. Après que celui-ci et l'intestin adhérent ouvert ont été comblés par des compresses, la cavité péritonéale est encore ouverte vers le haut.

L'anse intestinale malade est alors libérée de la paroi abdominale et des tissus enflammés avoisinants par de douces tractions. Elle est sortie de la cavité abdominale et examinée attentivement. On voit alors que cette portion d'intestin dans sa partie dilatée présente à sa surface un aspect inflammatoire. Epaissie et infiltrée, elle a perdu son aspect poli et brillant. Près de l'ouverture volumineuse, praticable facilement pour le doigt, se trouve un point où l'intestin offre circulairement l'aspect d'une masse cartilagineuse.

Plus loin, une deuxième ouverture plus petite avec bords ulcérés laisse pénétrer une sonde dans la lumière intestinale. Le doigt introduit dans la grande ouverture constate que, dans la région de l'épaississement cartilagineux, une très étroite structure est constituée.

Après examen de la partie intestinale étalée on trouve une deuxième petite anse qui présente, sur une plus petite étendue, l'aspect de la même maladie. La surface intestinale est enflammée, épuisée légèrement et présente une ouverture. Celle-ci est fermée par triple pont

de sutures après excision de ses bords. Cette anse intestinale est replacée dans l'abdomen.

Nombreuses petites tumeurs dans la cavité péritonéale ; elles sont circonscrites et varient comme grosseur d'une cerise à une noix ; l'une d'elles atteint le volume d'une pomme. Le mésentère est exploré jusqu'à son insertion.

Résection de l'anse intestinale malade. Entérorraphie circulaire.

Suites opératoires.— Cinq jours après l'opération, guérison immédiate en grande partie, selles normales. Le 25 mai, la température monte quelque peu. Dans la partie supérieure de la ligne d'union un petit abcès s'est formé dans la profondeur.

On incise et on tamponne à la gaze iodoformée.

La température tombe.

27 juillet.— L'état général se remonte. L'appétit est bon. Les petites tumeurs glandulaires de l'abdomen ne sont plus aussi nettement perceptibles qu'autrefois.

Examen de la pièce.— La longueur totale de l'intestin réséqué mesure 20 à 25 cm. Celui-ci se subdivise en deux parties de même longueur séparées par une structure assez étroite ne laissant pas passer le petit doigt.

Après ouverture de l'intestin à côté de l'incision mésentérique, on voit que la hauteur de la structure est occupée par une ulcération sinueuse et circulaire faisant presque tout le tour de l'intestin. Ses bords sont injectés et son fond est sanieux.

Au-dessus de cette stricture se trouve une grosse perforation à bords minces. On trouve également à dix cent. au-dessus de cette perforation près de l'insertion du mésentère une petite ulcération aux bords déchiquetés et à fond induré. Correspondant à cet ulcère se trouve sur la face péritonéale une adhérence détachée pendant l'opération.

De même on trouve sur la surface séreuse de la partie intestinale enlevée une grande quantité de granulations grosses comme une tête d'épingle. Au-dessus de la sténose la paroi est épaissie, grâce à une hypertrophie de la musculeuse. Muqueuse et valvules conniventes normales.

Observation XV

Presse médicale, 18 mai 1898. (Besançon et Lapointe)

L'histoire clinique détaillée manque. Il s'agit d'un homme de 40 ans, mort de tuberculose pulmonaire, dans le service de M. Faisans, suppléé par M. Fernand Besançon. Le malade présentait, depuis plusieurs mois, de la douleur et de l'empâtement de la fosse iliaque droite, des alternatives de diarrhée et de constipation ; mais il n'eut à aucun moment de symptômes d'occlusion.

A l'autopsie, on constate des foyers de péritonite localisée. Le mésentère est épaissi d'une manière considérable, par suite de la présence de masses adipeuses, au centre desquelles on trouve de gros ganglions tuberculeux.

La surface de l'intestin grêle est parsemée d'ulcérations, qui ont aminci les parois intestinales. Elles sont circulaires, perpendiculaires au grand axe de l'intestin. Leurs bords sont décollés et leur fond pâle présente, surtout près des bords, des granulations jaunâtres caractéristiques. En aucun point du petit intestin, on ne trouve d'épaississement des parois, ni de sténose.

Les altérations du gros intestin sont beaucoup plus intéressantes, parce qu'à côté des lésions ulcéreuses banales, on trouve plusieurs points où les parois sont extrêmement épaisses et le calibre diminué.

Le cæcum, l'appendice et la fin de l'iléon sont englobés dans une masse adipeuse considérable, farcie de tubercules qui siègent dans les ganglions iliaques. Toute la surface du cæcum est ulcérée, et presque toute la muqueuse est détruite, sans qu'il y ait épaississement véritable des parois.

Presque immédiatement au-dessus du cæcum, sur une étendue de 6 centimètres environ, on arrive sur un premier rétrécissement laissant à peine passer un porte-plume. A ce niveau, la surface du côlon est ulcérée et les parois présentent sur la tranche une épaisseur de plus d'un centimètre. Plus haut, le calibre du gros intestin redevient normal, les parois et la muqueuse retrouvent leur aspect habituel, sauf quelques ulcérations.

A peu près au niveau de l'angle colique droit, nouvelle stricture aussi étroite que la première, cette fois sur une étendue d'au moins

10 centimètres. Là aussi, l'épaississement de la paroi fusionnée avec les tissus périphériques est très considérable.

De nouveau, l'intestin redevient sain dans sa surface et dans son calibre jusqu'à la partie terminale du côlon transverse, où siège un troisième rétrécissement qui ne mesure pas moins de 15 centimètres de long. Il est constitué par une partie un peu plus large, intermédiaire à deux parties plus étroites.

Quatrième et dernière stricture juste au-dessus de l'ampoule rectale dont le calibre est normal. Aussi serrée que les précédentes, elle s'étend sur une hauteur de sept à huit centimètres. Enfin, sur le trajet anal, existe une ulcération tuberculeuse presque aussi grande qu'une pièce de deux francs.

L'examen histologique a été pratiqué sur un morceau de la paroi près du niveau du rétrécissement de la partie supérieure du rectum.

La muqueuse a complètement disparu. A sa place, on trouve, en certains points, du tissu en voie de nécrose ne fixant pas les réactifs, en d'autres points, des follicules tuberculeux à centre caséeux sont presque ouverts dans la lumière de l'intestin ; on voit, dans leur voisinage, des nodules embryonnaires d'inflammation banale.

Sous cette partie superficielle, on arrive en plein tissu de réaction inflammatoire, de sclérose sous-muqueuse. Aux confins de ce tissu et de la zone sous-jacente, se trouvent des nids de follicules tuberculeux typiques : cellules géantes au centre, zone de cellules épithélioïdes, avec couronne périphérique de lymphocytes. La couche musculaire a disparu complètement sur certains points où le tissu périrectal modifié fait directement suite au tissu tuberculeux. En d'autres points, on trouve du muscle presque normal, quoique dissocié parfois par de grandes traînées inflammatoires périvasculaires qui semblent propager la lésion des parois rectales dans les tissus périphériques. Ailleurs, enfin, il y a des tubercules en plein muscle.

Au-dessous de la couche musculaire, on arrive sur du tissu adipo-scléreux qui présente plus de 1 c. 5 d'épaisseur, et où l'on voit par places des follicules tuberculeux agminés en véritables tubercules. Sur la partie tout à fait externe de la coupe, on voit dans ce tissu cellulo-adipeux un gros ganglion caséifié circonscrit par une coque scléreuse.

Tous ces tissus sont peu vasculaires. Une artère présente un épaississement considérable de sa tunique moyenne, avec un léger degré de périartérite, mais sans trace d'endartérite.

Observation XVI

Presse médicale, 18 mai 1898. (Besançon et Lapointe)

Le nommé V... entre à la Pitié, dans le service de M. le professeur Berger, le 31 août 1896, pour des troubles ano-rectaux, qu'il attribue à des hémorroïdes. Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires. Agé de 49 ans, V... n'a eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 14 ans. Il tousse fréquemment pendant l'hiver.

Le début de sa maladie actuelle remonterait à six ans. A cette époque, il constata, en allant à la selle, des « grosseurs » qui sortaient par l'anus et qu'il prit pour des hémorroïdes. De temps en temps, avec les selles, hémorragies anales abondantes.

Depuis un an, il ne perd plus du tout de sang, mais les garderobes sont extrêmement douloureuses. Dans leur intervalle, le malade ressent une douleur continuelle, que la marche exaspère. Cette douleur, qu'il compare à une brûlure, est de plus en plus vive depuis trois mois.

L'appétit est conservé, les digestions sont bonnes ; mais l'amaigrissement est très marqué, et les troubles de la défécation sont devenus assez prononcés pour empêcher tout travail.

Des envies fréquentes, des crises d'épreintes et de faux besoins surviennent 10 à 12 fois par jour, 5 à 6 fois la nuit et n'aboutissent qu'à l'expulsion de quelques glaires. Les selles, constituées par des matières liquides mélangées à des glaires et à des filets de sang, exhalent une odeur très fétide.

Depuis deux ou trois mois, à ces symptômes dans lesquels la douleur tient le premier rang, s'est ajoutée l'incontinence des sécrétions rectales ; en effet, le malade se plaint d'avoir dans l'intervalle des selles un écoulement continuel de liquide purulent, tachant fortement le linge.

L'inspection de l'anus montre un bourrelet constitué par des tumeurs d'aspect hémorroïdaire, assez turgescentes et de consistance ferme. Le doigt introduit dans le rectum n'éprouve pas la

constriction normale du sphincter, et, à 1 cent. 5 de l'orifice anal, il arrive sur une ulcération occupant toute la partie latérale droite et une partie de la paroi postérieure du rectum. Cette ulcération repose sur une base nettement indurée et saillante, formant tumeur. Elle est recouverte de bourgeons assez mous, qui saignent facilement et souillent le doigt de débris sanieux. Les bords en sont saillants, durs, légèrement festonnés. En hauteur, l'ulcération ne remonte pas à plus de 4 à 5 centimètres de l'anus ; sa surface est douloureuse au toucher. On ne trouve pas trace d'adhérences profondes ; partout la paroi rectale glisse sur les plans sous-jacents.

On ne sent pas de ganglions dans la concavité du sacrum, ni sur les parois latérales du petit bassin, ni dans la fosse iliaque ; mais un ganglion, dur et mobile, roule sous le doigt au milieu du triangle de Scarpa.

On porte le diagnostic d'épithélioma, et le rectum est extirpé par voie périnéale.

L'examen histologique a fourni les résultats suivants :

L'ulcération, à surface végétante, repose sur un épaississement de la paroi rectale qui mesure environ 2 centimètres. C'est en son milieu que les coupes ont été pratiquées. En allant de la profondeur à la surface, on trouve du tissu cellulo-adipeux qui fait partie des tissus périrectaux. La tunique musculaire lisse présente, surtout dans sa partie superficielle, des transformations importantes. Elle est à peu près saine, au contraire, dans sa partie profonde. Cependant, on y trouve déjà, en un point, un nodule constitué par des cellules épithéloïdes présentant à son centre trois cellules géantes absolument caractéristiques. Il s'agit, sans aucun doute, d'un follicule tuberculeux nettement constitué. A son voisinage, on remarque un gros vaisseau à parois normales et ne présentant pas trace d'endartérite

Dans la couche superficielle du muscle, dissociant les faisceaux musculaires, se trouve un nombre considérable de follicules tuberculeux qui ont absolument la structure du follicule type de Koster : cellules géantes au centre de cellules épithélioïdes, et couronne de lymphocytes périphériques. Les cellules géantes centrales sont souvent au nombre de quatre à six.

A mesure qu'on approche de la lumière du rectum, l'infiltration tuberculeuse devient de plus en plus abondante. Les follicules sont confluents, mais en même temps ils perdent leur régularité de struc-

ture. Plus superficiellement encore, on ne trouve plus qu'une infiltration abondante de cellules rondes, tendant à montrer que des lésions inflammatoires banales se sont surajoutées au processus tuberculeux.

Dans l'intervalle des follicules existe du tissu conjonctif qui commence à s'organiser en tissu de sclérose. Il est remarquable que, dans aucun tubercule, on ne rencontre de caséification franche ; autour de plusieurs tubercules, il y a une tendance très nette à la sclérose.

Observation XVII

Rétrécissement chez un syphilitique, histologiquement tuberculeux. Extirpation. Amélioration. (Lapointe, thèse de Paris, 1897).

Georges E., âgé de 29 ans, garçon de café, entre à la Pitié dans le service de M. Reclus, pour des troubles ano-rectaux datant de plusieurs années. Les troubles fonctionnels actuels permettent de suite de supposer qu'il s'agit d'un rétrécissement rectal : matières aplaties, faux besoins, selles douloureuses et pénibles. Mais le malade se plaint surtout d'un écoulement anal constant et abondant, surtout dans la station debout : il est obligé de se garnir sous peine de salir ses vêtements. Cet écoulement glaireux est gluant aux doigts, tâche le linge en jaune roussâtre. De temps en temps, surviennent de petites débâcles annoncées par une crise de ténesme et composées d'un mélange de matières liquides, glaireuses et de sang.

L'état général est resté excellent : les forces et l'appétit sont conservées. La pression digitale éveille une douleur assez vive quand elle est faite entre le coccyx et l'anus. La peau, à son union avec la muqueuse, se continue par des condylomes en forme d'appendices foliacés. Il en existe quatre principaux, presque symétriquement situés deux par deux, en avant et en arrière.

Le trajet sphinctérien est très contracturé et le doigt fortement pressé par les parois tomenteuses et hérissées d'irrégularités, de saillies de formes très différentes. En arrière, on constate une série de cannelures, la plupart verticales, quelques-unes contournées en hélice. Elles sont surtout nombreuses et saillantes au niveau du point où commence l'ampoule : en ce point les cannelures font place à une série de petits mamelons dont les uns n'ont guère que

le volume d'un grain de maïs ; mais elles grossissent en s'élevant. Le calibre de l'ampoule rectale est diminué et le doigt s'y trouve pressé de tous côtés par ces saillies rugueuses, qui ne paraissent pas ulcérées.

A bout de doigt, à 8 cent. environ de l'orifice anal, existe un rétrécissement très net, admettant à peine l'extrémité de l'index. Les bords en sont souples, mais la muqueuse peu mobile paraît adhérente aux couches sous-jacentes. Au bout de quelques jours, le malade se laisse mieux examiner et on peut franchir le rétrécissement qui cède peu à peu sous le doigt. Il n'a pas plus d'un centimètre de haut, et au-dessus on arrive dans une cavité où la muqueuse est irrégulière, un peu tomenteuse, probablement altérée par places. On y constate quelques saillies longitudinales, indurées, qui s'affaissent un peu plus haut, mais dont on atteint avec peine la limite supérieure.

Le malade présente sur les tibias des lésions syphilitiques constitutionnelles nettes : hyperostose douloureuse à la pression et provoquant des élancements douloureux spontanés à prédominance nocturne.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : à 17 ans, rhumatismes articulaires et pleurésie double. Notons qu'il n'existe actuellement aucun signe appréciable de tuberculose pulmonaire.

A 18 ans, en août 1883, il s'engagea dans l'infanterie de marine et passa quelques années en Cochinchine. Il y contracta, après six mois de séjour, une diarrhée dysentériforme qui persista pendant trois mois, et dont il fut bientôt repris après une courte période d'amélioration. Les selles, douze à quinze par jours, avec ténesme et brûlures à l'anus, étaient constituées tantôt par un mélange de détritus blanchâtres et de sang, tantôt exclusivement par du sang. Il survenait parfois de véritables hémorragies.

Après un nouveau séjour de cinq à six semaines à l'hôpital, le ténesme et la fréquence des selles avaient disparu ; mais les matières étaient encore striées de sang, et ce symptôme ne disparut que quatre ou cinq mois plus tard. Pendant un an et demi, le malade, complètement débarrassé de ses accidents intestinaux, se considère comme tout à fait guéri.

Dans l'intervalle, en juin 1886, il contracta la syphilis : chancre

induré, suivi, au bout de deux mois, de roséole, qui disparut par le sirop de Gibert.

En novembre, apparurent, à l'anus, de petites tumeurs facilement saignantes, à l'occasion de la marche et de la défécation. On crut à des hémorroïdes. Toutefois, à cette époque, les matières avaient encore leur calibre normal. On fit, au thermo-cautère, l'ablation de deux des bourrelets de la marge et, consécutivement pendant quatre mois, des cautérisations locales à l'aide d'une solution de nitrate d'argent ou de sublimé à 1/10. Le malade n'en continuait pas moins à perdre du sang, avec et entre les garde-robes, plus douloureuses que jamais. Pendant deux ans, on ne fit plus aucun traitement et les hémorragies anales persistèrent.

A partir de février 1890, quatre ans après le chancre infectant, et six ans après les premiers accidents intestinaux, les selles commencèrent à nécessiter un léger effort et les besoins à devenir plus fréquents. L'écoulement rectal, au lieu d'être constitué par du sang pur, consiste, maintenant, en glaires épaisses et sanguinolentes, verdâtres, évacuées, parfois, en grande quantité, après une crise de ténesme.

Deux ans plus tard, les matières se sont aplaties de plus en plus, et deviennent rubannées en même temps qu'il se reforme au niveau de l'anus les petites tumeurs que nous avons constatées.

Le malade, qui était alors en Amérique, entre à l'hôpital de Buenos-Ayres, où l'on parle pour la première fois de rectite syphilitique. L'écoulement était très abondant. On pratique des lavages du rectum à l'acide borique et au nitrate d'argent à 1/100. Il s'ensuivit assez vite une amélioration notable, mais le malade obligé de rentrer en France, dut suspendre ce traitement, et resta sans soins pendant un an. Aussi, tous les symptômes reparurent de plus belle.

Entré à la Pitié, le malade réclame instamment une opération qui le débarrasse de ses écoulements anaux. On le mit d'abord au traitement spécifique, qui amena rapidement la disparition des deux foyers d'ostéite syphilitique et resta sans effet sur les lésions rectales.

Extirpation par voie périnéale le 9 décembre 1894. M. Reclus circonscrivit l'anus par une incision circulaire à l'union de la peau et de la muqueuse, mais comme le trajet anal était pris, il fut impossible de disséquer assez finement la muqueuse pour ne pas intéres-

ser le sphincter. La dissection et la séparation du rectum d'avec les tissus voisins, fut extrêmement laborieuse, parce que ces tissus lardacés formaient çà et là des sortes de protubérances qui s'enfonçaient dans la profondeur et parce que de nombreux vaisseaux donnaient à tout instant.

A la hauteur de 8 ou 9 centimètres, on commença à dépasser le rétrécissement, mais là existait encore du tissu lardacé ; aussi, la dissection fut-elle poussée jusqu'aux limites du cul-de-sac péritonéal, et comme il fallait remonter au-dessus et le décoller, malgré une très grande attention, la cavité séreuse fut ouverte à d ux reprises ; on put l'oblitérer chaque fois par un point à la soie. Le rectum, complètement isolé, fut alors abaissé facilement jusqu'à la peau et fixé par une vingtaine de soies passées à l'aide d'une aiguille à périnéorrhaphie qui juxtaposèrent les tissus et assurèrent l'hémostase. Deux gros drains entourés de gaze iodoformée furent placés dans le rectum.

A part quelques douleurs assez vives pendant les premiers jours, les suites opératoires furent simples. La première selle survint le quatrième jour, et il se produisit un peu de rougeur au niveau du champ opératoire. Malheureusement, les fils déchirèrent les tissus et la muqueuse séparée de la peau se rétracta sur une hauteur de plusieurs centimètres. Aussi, M. Reclus craignant que la cicatrisation par bourgeonnement ne fût l'origine d'un rétrécissement ultérieur, aviva les tissus à la curette et rétablit l'union entre l'intestin et la peau par une suture circulaire.

Cette dernière suture lâcha de nouveau, mais à la partie postérieure seulement, où il persista pendant quelque temps une surface bourgeonnante qui se cicatrisa ultérieurement.

Le malade quitte l'hôpital le 1er février. L'incontinence, d'abord complète, n'est plus que relative ; lorsqu'il ressent le besoin, il est incapable de se retenir, et doit se hâter de le satisfaire, sous peine de souiller ses vêtements. Parti depuis cette époque en Amérique, il n'a pas été revu, mais il a écrit qu'il se trouvait très amélioré et serait très satisfait de son état, sans une incontinence qui a persisté comme à sa sortie de l'hôpital. L'écoulement anal a disparu.

Examen histologique. — M. Pilliet, qui a examiné la pièce, nous a remis la note suivante :

« La pièce a été examinée en un grand nombre de points. Elle

présente partout la même structure, son diagnostic est pourtant assez difficile. La lésion a envahi non seulement le rectum, mais l'anus au niveau du sphincter strié et au-dessus. L'ulcération, étendue, montre des crevasses, des fissures et des îlots de muqueuse de la dysenterie. Le fond de l'ulcération est tantôt plat, tantôt bourgeonnant et très vasculaire. Il est doublé, ainsi que les papilles du derme, dans les points où l'épithélium est conservé, d'une nappe continue et considérable de petites cellules rondes ou fusiformes, véritable tissu de granulations qui s'est substitué au chorion. De cette nappe partent des prolongements profonds, extrêmement abondants, qui s'anastomosent et découpent les masses musculaires en même temps qu'elles augmentent l'épaisseur des tuniques de l'intestin.

La graisse profonde est également envahie. On rencontre dans les points les plus épais de cette nappe d'infiltration des cellules géantes à centre caséeux ; c'est ce qui permet de faire le diagnostic de tuberculose. Les bacilles n'ont pas été cherchés.

Diagnostic. — Tuberculose locale à forme hypertrophique, à follicules rares, comme dans certaines tuberculoses du cæcum. »

Observation XVIII

(Lapointe. — Thèse de Paris, 1897).

Rétrécissement tuberculeux remontant loin au-dessus de l'orifice anal. — Anus artificiel.

S... (Edmond), âgé de 42 ans, employé de commerce, entre, le 16 février 1896, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le docteur Schwartz, pour des accidents rectaux, dont le début remonte à de longues années.

Les antécédents héréditaires ne fournissent aucun renseignement important. Le père du malade est mort à 70 ans d'une maladie de cœur ; la mère, âgée de 70 ans, vit encore bien portante. De treize frères ou sœurs, cinq sont morts, aucun d'affection thoracique ; les huit survivants sont en bonne santé.

A 20 ans, au moment de tirer au sort, le malade eut une fluxion de poitrine qui ne l'empêcha pas de faire quatre années de service actif sans entrer à l'hôpital. A cette époque, il contracta plusieurs

blennorragies, mais il nie absolument avoir jamais eu ni chancre, ni maux de gorge, ni ulcérations cutanées ou muqueuses, pas plus du côté de l'anus qu'ailleurs.

Il y a 12 ans, 10 ans après sa fluxion de poitrine, survint une pleurésie gauche qui guérit sans incident. Depuis, S... a continuellement toussé, sans avoir jamais eu cependant de nouvelle poussée pulmonaire aiguë ou d'hémoptysie.

L'origine des accidents ano-rectaux remonte assez loin. Il y a 16 ou 17 ans, en faisant ses 28 jours dans un régiment de cavalerie, le malade ressentit quelque gêne au fondement en montant à cheval et constata qu'il avait à l'anus une couronne de petites saillies, saignant facilement. Toutefois les douleurs, pendant la défécation, étaient peu marquées et à part une légère constipation, les fonctions rectales s'accomplissaient sans beaucoup de peine.

Cet état peu grave, surtout comparativement à l'état actuel, a persisté sans aggravation notable jusque vers l'âge de 30 ans environ. A cette époque apparut un écoulement permanent par l'anus, tachant le linge même dans l'intervalle des selles: C'était, dit le malade, un mélange de sérosité et de sang. Jusqu'alors l'état général reste satisfaisant, et ce n'est que depuis 7 ans environ que les forces commencèrent à diminuer, l'embonpoint à disparaître, et que le malade fut obligé de cesser ses occupations.

Il était gêné surtout par l'abondance des sécrétions rectales, qui l'obligeaient à se garnir continuellement et à changer de linge plusieurs fois par jour. Le médecin qui soignait alors le malade ne vit pas autre chose que des hémorrhoïdes et se contenta de prescrire des suppositoires, dont l'introduction causait une sensation de cuisson fort pénible.

L'écoulement anal sanguinolent et muco-purulent ne fit qu'augmenter, les garde-robes devinrent douloureuses ; il survint du ténesme, des épreintes suivies de l'expulsion de quelques glaires.

Les selles diminuèrent de calibre, et depuis ces deux dernières années le malade n'a plus rendu que des matières aplaties comme passées au laminoir. De temps à autre, survenaient des débâcles après des crises de ténesme et d'efforts douloureux se prolongeant quelquefois pendant trois ou quatre heures. Ces crises ont reparu à plusieurs reprises et se sont accompagnées quelquefois de phénomènes d'obstruction avec ballonnement du ventre et vomissements fécaloïdes.

L'état général est devenu depuis six ou sept mois extrêmement précaire, l'amaigrissement est extrême, l'appétit a disparu, les douleurs rectales sont continuelles, et au moment où il entra à Cochin, l'aspect qu'il présentait était tel qu'on soupçonna l'existence d'un épithélioma rectal.

Les constatations locales firent repousser cette hypothèse. L'orifice anal est entouré d'une couronne de saillies aplaties, haute de 2 à 3 centimètres, à base d'implantation large, à sommet acuminé et présentant plutôt l'aspect d'hémorrhoïdes flétries que de condylomes.

Le doigt, en pénétrant dans le trajet anal, provoque les plus violentes douleurs, le sphincter est contracturé. Cependant en usant de la plus grande douceur on arrive à introduire un peu plus de la première phalange Sur cette hauteur la muqueuse a perdu sa souplesse normale ; elle est inextensible et le doigt sent à sa surface des saillies polypiformes et des cannelures rigides, mais pas de surfaces ulcérées. Le calibre du canal anal est nettement rétréci et on ne peut engager plus de la moitié de la phalangine. Il existe un rétrécissement en cylindre, infranchissable au doigt, dont on ne peut par suite apprécier la hauteur. Aussi se propose-t-on de pratiquer plus tard l'examen sous le chloroforme, afin de voir l'étendue des lésions et le degré de dilatabilité de la sténose.

Le malade présente des lésions pulmonaires manifestes : induration du poumon gauche au niveau de son tiers supérieur ; expiration souflante et prolongée ; craquements secs à l'inspiration, augmentation de la résonnance à la toux ; poussées fébriles fréquentes : la température atteint de temps en temps 38 ou 38° 6.

25 février. — Sous le chloroforme, le toucher est de nouveau pratiqué. Le doigt en forçant arrive à franchir le rétrécissement constaté lors de la première exploration, à 4 centimètres environ de l'orifice anal. Ce rétrécissement a la forme d'un anneau de 1 centimètre de haut environ, peu mobile sur les plans profonds. Au-dessus de lui, le doigt arrive dans une portion du rectum plus élargie ; mais, loin de présenter le calibre normal de l'ampoule, la paroi présente des lésions analogues à celles de la partie inférieure, quoique moins prononcées, donnant au doigt la sensation de crêtes, de colonnes irrégulières ; enfin, à bout de doigt, on sent que la lumière de l'intestin se rétrécit à nouveau : il y a donc, à 12 centimètres environ de l'anus, une deuxième coarctation séparée de la première par une

portion d'intestin malade. On profite de l'anesthésie pour enlever une des végétations du trajet anal, afin de pratiquer l'examen histologique.

En raison de la hauteur des lésions, et surtout de l'état général défectueux du malade, Schwartz n'est pas d'avis de pratiquer l'extirpation. M. Quénu conseille aussi l'abstention. On propose donc l'anus artificiel, que le malade accepte après de longues hésitations.

20 mars. — Colotomie iliaque par le procédé Maydl-Reclus. L'intestin n'est ouvert que le huitième jour, au thermocautère. Le malade s'améliora comme par enchantement, l'anus artificiel fonctionna régulièrement, l'appétit revint, l'amaigrissement cessa et le poids augmenta de dix kilos en un mois. Les poussées fébriles finirent par disparaître complètement et depuis le milieu d'avril, moins de trois semaines après l'opération, la température est restée constamment normale.

Chaque jour on fait, dans le bout inférieur de l'intestin, par son extrémité iliaque, une injection d'eau boriquée chaude, et, tous les huit jours, de 30 gr. de naphtol camphré. Sous l'influence de ce traitement associé à la dérivation des matières, l'état local s'améliora rapidement comme l'état général. L'écoulement anal, continuel avant l'opération, a beaucoup diminué ; le malade reste 8 ou 10 heures sans sentir son linge mouillé ; il éprouve alors le besoin d'aller à la selle, et rend une certaine quantité de glaires mélangées à du sang. Il ne souffre plus et, à partir des premiers jours de mai, il n'éprouve plus qu'une lègère pesanteur dans l'anus en s'asseyant.

A partir du 20 mai, on fait, tous les 2 ou 3 jours, de la dilatation avec des bougies en gomme. On passe bientôt sans peine une bougie grosse comme le médius.

Le 4 juin, le toucher constate des modifications considérables dans l'état local. Les végétations du trajet anal ont presque complètement disparu ; le doigt franchit aisément l'anneau inférieur, sans provoquer de douleur, mais non le rétrécissement supérieur, trop élevé, et, par conséquent, n'arrive pas en muqueuse saine. En introduisant les bougies, on a très nettement la sensation d'un obstacle bas situé franchi, d'une pénétration facile sur une hauteur de 5 à 6 cent. environ, puis d'un nouvel obstacle que la bougie passe à son tour, avec un peu plus de peine et en provoquant une douleur un peu plus vive.

Le malade se trouve très amélioré ; il s'accommode très bien de son anus artificiel et son état moral, dit-il lui-même, est redevenu ce qu'il était autrefois.

S... quitte Cochin au commencement de juillet : le rectum laisse passer une bougie de 2 cent., ne suppure presque plus, et l'anus iliaque fonctionne régulièrement.

Je l'ai revu le 1er septembre dans un état beaucoup moins satisfaisant qu'à sa sortie de l'hôpital ; les lésions pulmonaires ont évolué assez rapidement, et l'induration constatée il y a deux mois a fait place à des foyers de ramollissement multiples. Il a reperdu une partie de l'embonpoint acquis, a des sueurs nocturnes, et ne tardera probablement guère à succomber. L'anus artificiel a pourtant toujours bien fonctionné, et l'amélioration obtenue par le traitement local s'est à peu près maintenue. Les douleurs n'ont pas reparu, l'écoulement de pus n'est pas plus abondant qu'en juillet, et est resté insignifiant. Toutefois, le rétrécissement est plus marqué, et actuellement le petit doigt est arrêté à 4 cent. de l'orifice sans pouvoir franchir l'obstacle. Il est vrai que la dilatation a été négligée par le malade.

L'examen histologique de la végétation enlevée pendant l'examen sous chloroforme a été pratiqué par mon collègue Mermet, qui conclut à la tuberculose : au milieu de lésions diffuses de sclérose sous-muqueuse, il trouve en certains points de l'infiltration de cellules embryonnaires, présentant, par places, des caractères de nécrose qui permettent de songer à la tuberculose. En outre, en deux ou trois points, les cellules embryonnaires sont groupées en nodules, et un de ces nodules présente à son centre deux cellules géantes. Sourdille, qui a examiné les coupes faites par Mermet, confirma son diagnostic histologique. Ses bacilles n'ont pas été cherchés.

CONCLUSIONS

1° Il existe une forme de tuberculose intestinale essentiellement caractérisée, au point de vue anatomique, par l'hypertrophie des parois par des ulcérations et par des follicules tuberculeux en petit nombre noyés au milieu d'une gangue scléro-adipeuse et embryonnaire considérable ;

2° Elle se rencontre sur toute la hauteur du tube intestinal : anses grêles, côlon et rectum. Son siège de prédilection est l'anse iléo-cæcale ;

3° Cette tuberculose se comporte le plus souvent comme une vraie tuberculose locale, et peut être assimilée, à ce point de vue, aux lésions tuberculeuses des os, du testicule, etc. ;

4° Au point de vue clinique, elle se présente le plus souvent avec les caractères d'un néoplasme au niveau de la région du cæcum ou des côlons, avec ceux d'un rétrécissement, soit syphilitique, soit cancéreux, au niveau du rectum ;

5° La thérapeutique chirurgicale est seule de mise, une fois la tumeur constituée. Autant que possible, il faut pratiquer l'ablation de la masse tuberculeuse. Si cette ablation est impraticable, il faudra faire l'entéro-anastomose ou l'exclusion de l'intestin, s'il s'agit de l'anse iléo-cæcale ou des côlons, l'anus iliaque s'il s'agit du rectum.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Baillet. — La résection du segment iléo-cæcal. Th. de Paris, 1894.

Beck. — Annals of surgery, 1894.

Becker. — Ueber Darmresektionem. Deutsche zeitschrift f. chir., 1894, vol. 39.

Benoit. — Tuberculose locale de la région iléo-cæcale. Th. de Paris, 1893.

Bezançon et Lapointe. — Presse médicale, 18 mai 1898.

Broca et Hartmann. — Bulletin Société Anat., 4 mars 1892.

Carel. — Résection de l'anse iléo-cæcale. Th. de Paris, 1897.

Chavannaz et Carrière. — J. de Médecine de Bordeaux, 6 juin 1897, p. 271.

Clamouse. — Rectite chronique hypertrophique. Th. de Paris, 1896.

Conrath. — Beiträge zür Klin. Chir., 1898.

Coquet. — Des tumeurs cæcales tuberculeuses. Th. de Paris, 1894.

Czerny. — Beiträge zür Klin. Chir., vol. 6 et 9.

Darier. — Rétrécissements multiples en diaphragme de nature tub. de l'int. grêle. Société Anatomique, février 1890.

Dupont. — De la tuberculose intestinale. Th. de Paris, 1894.

Durante. — Wiener Med. Presse, 1889, p. 879.

Eiselsberg. — Wien. Klin. Woch., 1896.

Fink. — Prager Med. Wochens. 1890.

Frank. — Wiener Klin. Wochens, 1898.

Gessner. — Central. für Chir., 1896.

Göschel. — Münchner Med. Woch., 1895, p. 251.

Hartmann. — Soc. Anat., 1892.

Hofmeister. — Beiträge zur Klin. Chir., 1896, p. 577.

König. — Die stricturirende tuberberculose des Darmes. — Dent. Zeits. für Chir., 1892, vol. 34.

Körte. — Deutsch. Zeit. für Chir., 1895, vol. 40. — Archiv. für Klin. chirurgie, vol. 48.

Lapointe. — Traitement des rétrécissements non congénitaux du rectum. Th. de Paris, 1897.

Le Bayon. — De la typhlite tuberculeuse chronique. Thèse de Paris, 1892.

Marie. — Société anat., juin 1894.

Mockenhaupt. — Th. de Kiel, 1894. Cas d'Esmarch.

Nové Josserand. — Lyon-Médical, 1896.

Obalinski. — Archiv. für Klin. Chir., 1894, vol. 94.

Pilliet et Hartmann. — Soc. Anat., 1891.

Pilliet et Thierry — Contribution à l'étude de la tuberculose locale du cæcum. Progrès Médical, 1894.

Riche. — Rétrécissement tuberculeux et syphilitique du rectum. Gazette des hôpitaux, 1897, pp. 158 et 159.

Roux. — Revue médicale de la Suisse Romande, 1891.

Suchier. — Berlin. Clin. Woch., 1889,

Sachs. — Archiv. für Klin. Chir., 1892. — Deutsche Zeits. für Chir., 1896, vol. 32.

Salzer.— Archiv. für Klin. Chir., 1892, vol. 43. Cas de la clinique de Billroth.

Schiller. — Beiträge zür Klin. Chir., 1896, p. 603.

Sourdille. — Retréciss. tuberc. du rectum. — Arch. génér. de Médecine, 1895.

Spillmann. — Th. d'agrég., 1878.

Weliaminow. — Kongress. der Russich. Sem. méd., 1894.

Wiesinger. — München. Med. Woch., 1896.

Zimmermann. — Beiträge zür Behandlung der Darmtuberculose. I. D., Vürsbourg, 1894.

Zahlmann. — Central. für Chir., 1893. Cas de Schönborn.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 18 décembre 1898.
Pour le Recteur,
Le Viee-Président du Conseil
de l'Université,
L. VIALLETON.

Vu :
Montpellier, le 18 décembre 1898.
Le Doyen,
L. VIALLETON

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !